

Inhalt

A. VORBEMERKUNG	5
B. ERFÜLLUNGSAUFWAND	6
C. MAßNAHMEN DES GESETZES IM EINZELNEN	7
Artikel 1 (Änderungen des SGB V)	7
Nr. 7 - (§ 27b) Zweitmeinung.....	7
Nr. 34 c) dd) – e) - (§ 87) Folgeänderung zu Nr. 7 Zweitmeinung.....	10
Nr. 9 b) - (§ 39 Abs. 1a neu) Entlassmanagement	10
Nr. 48 b) - (§ 112 Abs. 2 Satz 1) Folgeänderung zu Nr. 9 b) Entlassmanagement.....	11
Nr. 50 b) - (§ 115 Abs. 2 Satz 1) Folgeänderung zu Nr. 9 b) Entlassmanagement.....	11
Nr. 15 b) - (§ 46) Entstehung des Anspruchs auf Krankengeld	12
Nr. 24 - (§ 71) Selektivverträge	13
Nr. 24 a) - Streichung Absatz 4 Sätze 2 - 4 = Vorlagepflicht entfällt.....	13
Nr. 24 b) - Streichung des Verweises auf § 73c.....	13
Nr. 24 c) Absatz 6 (neu) = präventive Vertragsprüfung entfällt.....	13
Nr. 25 a) - (§ 73) Anspruch auf Zweitmeinung	14
Nr. 25 b) - (§ 73 Abs. 8) Verordnung von Heilmitteln.....	14
Nr. 26 - (§ 73a) Aufhebung.....	15
Nr. 27 - (§ 73b) Hausarztzentrierte Versorgung.....	16
Nr. 27 a) aa) und bb) - (§ 73b) Änderungen Satz 7 + Satz 8.....	16
Nr. 27 c) - (§ 73b Abs. 5 Satz 3) Leistungen, die nicht zur Regelversorgung zählen, können Gegenstand von Selektivverträgen sein	16
Nr. 27 d) - (§ 73b Abs. 7) Beseitigung von Hemmnissen bei den Regelungen zur Bereinigung der Gesamtvergütung.....	16
Nr. 28 - (§ 73c) Aufhebung.....	19
Nr. 29 b) - (§ 75 Abs. 1a) Einrichtung von Terminservicestellen bei den KVen zur Terminvermittlung innerhalb von vier Wochen.....	19
Folgeänderung Nr. 31 - (§ 76 Abs. 1a) zu § 75 Abs. 1 Satz 5 zur Einrichtung von Terminservicestellen	20
Nr. 29 b) - (§ 75 Abs. 1a und 1b) ambulante Notfallversorgung	20
Nr. 30 (§ 75a) Erweiterung der Regelungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin	21
Nr. 32 - (§ 79 Abs. 3a) Herstellung von Parität in den Vertreterversammlungen und getrennte Abstimmung nach Versorgungsbereichen für rein hausärztliche Belange und rein fachärztliche Belange	24
Nr. 33 - (§ 79c) Einrichtung eines beratenden Fachausschusses für angestellte Ärzte	25
Nr. 34 a) + b) bb) - (§ 87) Bündelung der Zuständigkeit für bundeseinheitlich zu entscheidende Fragen zur Abrechnung von Sachleistungen	25
Nr. 34 b) aa) - (§ 87) Kontinuierliche Anpassung des EBM auf der Grundlage betriebswirtschaftlicher Daten zur Förderung der Honorargerechtigkeit	26
Nr. 34 c) aa) - (§ 87) MRSA-Vereinbarung in den EBM.....	26
Nr. 34 c) dd) d) und e) - (§ 87) Weiterentwicklung und angemessene Bewertung der im Bundesmantelvertrag festgelegten delegationsfähigen ärztlichen Leistungen im EBM	26
Nr. 34 h) - (§ 87) Anrufung des Erweiterten Bewertungsausschusses	27

Nr. 34 i) - (§ 87) Ausweitung der Frist für Beschlüsse des Bewertungsausschusses auf der Grundlage von Beschlüssen des G-BA.....	27
Nr. 35 - (§ 87 a SGB V) Veränderung des Behandlungsbedarfs	28
Nr. 35 a) - (§ 87a) Verlängerung der Evaluationsfrist der Verträge nach § 119b	29
Nr. 35 b) - (§ 87a) Vereinbarung einer basiswirksamen Erhöhung des für das Jahr 2015 angepassten Aufsatzwertes (§ 87a Abs. 4a - neu -)	29
Nr. 36 a) - (§ 87b) Zur Stärkung der Rolle des Hausarztes mindern die jeweils aus dem anderen Leistungsbereich erbrachten Leistungen der Haus- und Fachärzte zukünftig nicht mehr den jeweils anderen Teil der Gesamtvergütung.	31
Nr. 36 b) - (§ 87b) Verbindliche Förderung von Praxisnetzen	32
Nr. 36 b), bb) - (§ 87b Abs. 2 Satz 5) Vergütung anästhesiologischer Leistungen.....	32
Nr. 36 c) - (§ 87b) Veröffentlichung der Informationen über Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabes durch die KVen	33
Nr. 36 d) - (§ 87b) Vorgaben der KBV für die Bereinigung im Rahmen der Honorarverteilung....	33
Nr. 37 - (§ 90) Ausweitung der Prüfung durch das Landesministerium auf die Entsperrung von Planungsbereichen durch den Landesausschuss	34
Nr. 39 a) - (§ 92 Abs. 6a) Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien durch den G-BA	34
Nr. 40 - (§ 92a und § 92b) Innovationsfonds.....	35
Zu § 92b: Innovationsausschuss.....	36
Nr. 41 a) aa) - (§ 95) Medizinische Versorgungszentren (§ 95 Abs. 1 Satz 2) Streichung „fachübergreifend“	39
Nr. 41 b) aa) - (§ 95 Abs. 1a Satz 1) Gründung von MVZ durch Kommunen.....	39
Nr. 41 c) - (§ 95 Abs. 3) Prüfung des Versorgungsauftrags.....	40
Nr. 42 - (§ 100 Abs.1 und 2) Feststellung von Unterversorgung ohne Berücksichtigung der ermächtigten Ärzte sowie Aussprechen von Zulassungsbeschränkungen in anderen Planungsbereichen der KV, sofern drohende Unterversorgung festgestellt wurde.....	40
Nr. 43 - (§ 101 Abs. 1 Satz 1, Nr.6 - neu -) Anhebung Jobsharing-Obergrenzen.....	41
Nr. 44 a) - (§ 103, Abs.1 Satz 1) Zulassungsbeschränkungen, Feststellung von Überversorgung41	
Nr. 44 b) - (§ 103 Abs. 3a Satz 3) Ankauf von Praxen.....	42
Nr. 44 c) aa) aaa) - (§ 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 7) Sondertatbestände für die Auswahl für die Praxismachfolge	43
Nr. 44 c) cc) - (§ 103 Abs. 4 Satz 10 neu) Zulassungsanträge von MVZ ohne konkreten Bewerber	43
Nr. 45 - (§ 105 Abs. 1a Satz 1) Förderung der vertragsärztlichen Versorgung (Strukturfonds) ...	44
Nr. 46 - (§ 106a) Anpassung der Abrechnungsprüfung für angestellte Ärzte.....	44
Nr. 47 - (§ 106b) Aufhebung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Ersatz durch regionale Vereinbarungen.....	45
Folgeänderungen in §§ 92 SGB V - Richtlinien des G-BA.....	47
Folgeänderung in § 302 SGB V - Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer.....	47
Nr. 51 - (§ 116a) Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung	48
Nr. 52 a) aa) - (§ 116b Abs. 2 Satz 6 neu) Spezialfachärztliche Versorgung	48
Vorschläge zur gesetzlichen Klarstellung zur „Bereinigung“ der Erlösbudgets für stationäre Leistungen für stationärsersetzende Behandlungen nach § 116b SGB V	49
Nr. 52 b) - (§ 116b Abs. 4 Satz 4) Anforderungen an die Qualitätssicherung	50
Nr. 52 c) - (§ 116b Abs. 8) Bestandsschutz für Krankenhäuser mit „§ 116b-SGB V-(alt)-Verträgen“	50
Nr. 53 - (§ 117) Gesetzliche Ermächtigung von Hochschulambulanzen	52
Nr. 54 - (§ 119b Abs. 3) Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen	54
Nr. 55 - (§ 119c neu) Medizinische Behandlungszentren	54

Nr. 56 - (§ 120) Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	55
Nr. 57 - (§ 125 Abs. 1 Satz 4 Nr. 3a neu) Rahmenempfehlungen und Verträge Heilmittel	55
Nr. 64 b) - (§ 137c Abs. 3 neu) Konkretisierung zum Verbotsvorbehalt	56
Nr. 65 b) - (§ 137f Abs. 1 Satz 3 neu) Weiterentwicklung strukturierter Behandlungsprogramme	56
Nr. 66 - (§ 137h neu) Frühe Nutzenbewertung für Medizinprodukte	57
Nr. 68 - (§ 139b Abs. 5 - neu -) Vorschlagrecht von Einzelpersonen	59
Nr. 69 „Besondere Versorgung“ (Elfter Abschnitt Viertes Kapitel § 140a - neu -)	59
Nr. 87 - (§ 299) Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung	60
Rechtsgrundlage für die Datenübermittlung an eine gesonderte Stelle	62
Nr. 88 - (§ 300) Verpflichtung der Rechenzentren	62
Artikel 2 (Änderungen des SGB V)	64
Nr. 4 - (§ 79 b) Organe	64
Nr. 5 - (§ 84) Arznei- und Heilmittelvereinbarung.....	64
Nr. 6 - (§ 106) Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	66
Nr. 8 - (§ 106c) Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen	68
Artikel 9 (Änderung des Krankenpflegegesetzes) und Artikel 10 (Änderung des Altenpflegegesetzes)	69
Änderungen des § 4 des Krankenpflegegesetzes	69
Artikel 14 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte).....	70
Anpassung der Zulassungsverordnung	70
Vorschläge zur Änderung der Zulassungsverordnung Ärzte (Ärzte-ZV) in Bezug auf die Arztregister, das Bundesarztregister und die Dokumentation der Barrierefreiheit.....	70
Anhang I	73
§ 37b SGB V – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	73
§ 87 Abs. 1 SGB V - Kooperative Versorgungsaufträge als Regelungsbestandteil des Bundesmantelvertrages	75
§ 82 Abs. 4 SGB V - Vertraulichkeit der Verhandlungen der Partner des Bundesmantelvertrages Ärzte	75
§ 115a SGB V - Vor- und Nachstationäre Behandlung im Krankenhaus durch Vertragsärzte.....	76
§ 130b SGB V - Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern über Erstattungsbeiträge für Arzneimittel.....	77
Anhang II	78
Förderung und Finanzierung der Ausbildung und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und patientennahen Fächern durch eine gesetzlich initiierte Stiftung („Förderstiftung medizinische Aus- und Weiterbildung“)	78

A. Vorbemerkung

Die Versicherten und Patienten erwarten, dass die flächendeckende medizinische Versorgung in Deutschland auch in Zukunft sichergestellt ist. Zu Recht stehen sie daher im ersten Satz des Koalitionsvertrages der 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages im Zentrum der Gesundheitspolitik.

Ausgefüllt werden kann dieses Postulat jedoch nur dann, wenn genügend Ärzte, insbesondere Hausärzte und fachärztliche Grundversorger, zur Verfügung stehen und unter akzeptablen Rahmenbedingungen die ambulante Versorgung sicherstellen können. Dies gilt umso mehr angesichts der demographischen Entwicklung der Bevölkerung, aber auch der Ärzte. Darüber hinaus ist die Nachfrage der Versicherten nach ambulanter Behandlung ungebrochen steigend. Auch die Umbrüche in der Familien- und Sozialstruktur haben Auswirkungen auf die ambulante Versorgung.

Die Botschaften, die der Koalitionsvertrag und erst Recht der Regierungsentwurf für das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vermitteln, sind zum großen Teil jedoch nicht geeignet, den Anforderungen an die Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung heute und in der Zukunft zu entsprechen. Denn unabhängig davon, wie weit diese Regelungen ihre Wirkung entfalten werden, widersprechen viele der neuen Bestimmungen der ursprünglichen Ausrichtung auf die freiberufliche niedergelassene ärztliche Tätigkeit, mit der sie keinesfalls vereinbar sind.

Bereits zum Referentenentwurf hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 05.12.2014 folgenden einstimmigen Beschluss gefasst.

„Mit dem Referentenentwurf für das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz stellt der Gesetzgeber die Weichen für einen deutlichen Rückbau der freiberuflichen ambulanten Versorgungsstrukturen. Damit sendet er ein verheerendes Signal an den dringend benötigten ärztlichen und psychotherapeutischen Nachwuchs.

Die massive Förderung von Angestellten-Strukturen und Strukturen staatlich organisierter Gesundheitsversorgung sowie die Schaffung von neuen Doppelstrukturen außerhalb der ordnungspolitischen Zuständigkeit der ärztlichen Selbstverwaltung wird die Niederlassung auf selbständiger und freiberuflicher Basis nachhaltig und unattraktiv machen und die bereits niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zunehmend demotivieren – unabhängig davon, wie weit die vorgesehenen Maßnahmen ihre Wirkungen im Einzelnen entfalten. Dies gilt insbesondere für:

- Den weiteren Schritt in Richtung Zwangsaufkauf ausschließlich von selbständigen, inhabergeführten Arzt- und Psychotherapeutenpraxen bei angeblich fehlender Versorgungsrelevanz, der in krassem Widerspruch zu den Regelungen zur Wartezeitverkürzung, der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung sowie die Ermöglichung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) ohne Berücksichtigung der Bedarfsplanung steht;
- die zentral gesteuerte Terminvergabe durch behördenähnliche Strukturen, die völlig unabhängig von den gesundheitlichen Bedürfnissen der Patienten die faktische Abschaffung der freien Arztwahl und gleichzeitig die Schaffung einer patientenfeindlichen Bürokratie bedeutet;
- die obligatorische Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung in unterversorgten Regionen, obwohl es im Krankenhaus keine hausärztliche Versorgung gibt und die immer weniger werdenden Fachärzte der Grundversorgung

- im Krankenhaus sich noch weniger um die stationär zu behandelnden Patienten kümmern können;
- die Bevorzugung staatlicher Gesundheitsversorgungsstrukturen, wie der Gründung kommunaler MVZ und der Öffnung der Hochschulambulanzen zu Lasten der selbständigen Niederlassung und ohne Berücksichtigung in der Bedarfsplanung;
 - die massive Verlagerung von Kompetenzen weg von der ärztlichen Selbstverwaltung auf die Ebene des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA);
 - die Weichenstellung für die Substituierung ärztlicher Leistungen, die im Ergebnis zu einer deutlichen Abwendung vom Prinzip des Arztvorbehaltes führen wird;
 - die unzureichende Förderung der ambulanten Weiterbildung der Hausärzte und die fehlende Förderung der fachärztlichen Weiterbildung.

Die von der KBV dringend erwartete Verbesserung der Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung erscheint hingegen – mit Ausnahme der Abschaffung der Richtgrößenprüfungen als Regelprüfart – in weite Ferne gerückt. Hierzu gehören vor allem feste und kostendeckende Preise und die endgültige Abschaffung der versorgungsfremden Mengensteuerung. Offensichtlich soll es auch zukünftig bei den Honorarbudgets für den größten Teil der vertragsärztlichen Leistungen bleiben. Die damit verbundene Planungsunsicherheit für die Niedergelassenen wird fortgeschrieben.

Die KBV fordert die Politik und den Gesetzgeber auf, die Rahmenbedingungen für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Tätigkeit nachhaltig zu verbessern. Zukünftig muss den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten wieder ermöglicht werden, die Sicherstellung der ambulanten Gesundheitsversorgung unter freiheitlicher Bedingungen, auf Basis einer funktionierenden Selbstverwaltung und zum Schutze der Patienten in vollem Umfang wahrzunehmen.“

B. Erfüllungsaufwand

Bei der Ausweisung des Erfüllungsaufwands im Regierungsentwurf überrascht zum einen, dass der Erfüllungsaufwand für die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im Bereich „Wirtschaft“ ausgewiesen wird. Dies ist aus Sicht der KBV nicht sachgerecht und wird dem Status der KVen als Anstalten öffentlichen Rechts nicht gerecht. Zum anderen scheint der G-BA den in seinem Bereich anfallenden Erfüllungsaufwand selbst einschätzen zu können. Wenn entsprechende Abfragen zum Erfüllungsaufwand an Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung gerichtet werden, was grundsätzlich zu begrüßen wäre, sollte dies aus Sicht der KBV strukturiert und für alle Beteiligten einheitlich erfolgen. Die KBV ist hier gerne bereit entsprechende Abschätzungen zu unterstützen.

C. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

(Die Kommentierung beschränkt sich auf diejenigen Neuregelungen des Regierungsentwurfs, die für die Vertragsärzteschaft und -psychotherapeuteschaft relevant sind.)

Artikel 1 (Änderungen des SGB V)

Nr. 7 - (§ 27b) Zweitmeinung

In § 27b SGB V (neu) wird der Rechtsanspruch des Versicherten auf eine Zweitmeinung bei planbaren Eingriffen in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt. Erfasst werden sollen nach § 27b Abs. 1 Satz 1 SGB V (neu) insbesondere Eingriffe, die im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung die Gefahren einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen sind. Die Zweitmeinung soll dabei unabhängig durch einen anderen Arzt eingeholt werden, der nicht in der gleichen Einrichtung tätig ist, durch die der Eingriff durchgeführt werden soll. Der G-BA erhält die Aufgabe, die planbaren Eingriffe, bei denen ein Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung besteht, zu bestimmen. Darüber hinaus soll der G-BA auch die eingriffsbezogenen Anforderungen an die Leistungserbringer festlegen, soweit dies erforderlich ist. Die Aufklärung hat in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff zu erfolgen.

KBV

Die KBV begrüßt, dass ein Anspruch auf eine Zweitmeinung für Versicherte bei planbaren Eingriffen eingeführt wird. Dies beseitigt die Rechtsunsicherheit, die bislang im Zusammenhang mit der Zweitmeinung bestand. Bislang war ein regelhaftes Zweitmeinungsverfahren nicht vom GKV-Leistungskatalog erfasst und kam nur dann in Betracht, wenn der zweitbegutachtende Vertragsarzt über besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verfügt, die eine Überweisung nach § 24 Abs. 4 BMV-Ä zulässig machen und wenn die Einholung einer Zweitmeinung medizinisch erforderlich war. Mit der Neuregelung werden die Möglichkeiten für die Versicherten, eine Zweitmeinung einzuholen, deutlich erweitert.

Problematisch ist allerdings die Ausgestaltung des Zweitmeinungsverfahrens, insbesondere im Hinblick auf die Zuständigkeit des G-BA (da es sich um vertragsärztliche Versorgung handelt, wäre eine Zuständigkeit der Partner des Bundesmantelvertrages zweckmäßig), die Beschränkung auf mengenmäßig in hoher Zahl stattfindende Eingriffe und die Einbeziehung der Krankenhäuser, die aufgrund der Möglichkeit, Ermächtigungen auszusprechen, nicht erforderlich ist.

Nachfolgend wird auf die einzelnen Regelungen des Zweitmeinungsverfahrens in § 27b SGB V (neu) eingegangen.

a) Planbare Eingriffe

Ein Zweitmeinungsverfahren wird für diejenigen planbaren Eingriffe etabliert, die mengenanfällig sind. Damit dient der Anspruch der Versicherten auf Zweitmeinung in erster Linie der Einsparung von Kosten. Dies schränkt den Kreis derjenigen planbaren Eingriffe bereits ein, über den der G-BA zu entscheiden hat. Hierbei wäre es zu bedenken, ob nicht im Interesse des Versicherten ist, wenn auch weitere Eingriffe, die nicht mengenmäßig in großer Zahl stattfinden, die aber für den Versicherten eine besondere Belastung mit sich bringen, ebenfalls einem Zweitmeinungsverfahren zugänglich wären.

b) Ambulante und stationäre Eingriffe

Nach der Regelungskonstruktion ergibt sich, dass ein Zweitmeinungsverfahren sowohl für ambulante als auch für stationäre Eingriffe vorgesehen ist. Dies macht Sinn, wenn die Indikation für den planbaren Eingriff durch einen niedergelassenen Vertragsarzt erfolgt. Nicht eindeutig geregelt ist allerdings der Fall, wenn sich ein bereits in stationärer Behandlung befindlicher Versicherter einem planbaren Eingriff unterziehen muss, beispielsweise bei einem Folgeeingriff. Dies lässt sich aber durch die vorgesehene Befugnis für den G-BA, den Kreis der planbaren Eingriffe festzulegen, regeln.

c) Berechtigte Teilnehmer

Nach § 27b Abs. 3 SGB V (neu) sind zur Erbringung einer Zweitmeinung neben den zugelassenen bzw. ermächtigten Ärzten und Einrichtungen auch zugelassene Krankenhäuser berechtigt. Die Tätigkeit der Krankenhäuser gehört in diesen Zusammenhang nach § 73 Abs. 2 Nr. 13 SGB V (neu) zur vertragsärztlichen Versorgung. Daraus ergibt sich auch für die Krankenhäuser eine Abrechnungsbefugnis für im Zusammenhang mit den Zweitmeinungsverfahren abgerechnete, vom Bewertungsausschuss hierfür beschlossene Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Die Beteiligung der zugelassenen Krankenhäuser ist insoweit problematisch, als damit der Kreis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen erweitert wird. Da in der Regel ein niedergelassener Vertragsarzt die Indikation für den planbaren Eingriff erstellt, und es um die Überprüfung dieser Indikation geht, ist es sachgerecht, dass auch nur die bisher an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen berechtigt werden, eine Zweitmeinung abzugeben. In der Gesetzesbegründung wird darauf verwiesen, dass die Einbeziehung der Krankenhäuser erforderlich ist, da für die Zweitmeinung, vor allem bei komplexen Eingriffen, besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder spezielle Kenntnisse benötigt werden können, die insbesondere im Krankenhaus vorhanden sind. Bislang wurden besondere qualitative Anforderungen, die in der vertragsärztlichen Versorgung notwendig werden und nicht vorhanden sind, insbesondere durch das Instrument der Ermächtigung einbezogen. Nach § 116 SGB V wird eine Ermächtigung erteilt, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten nicht sichergestellt wird. Die Einbeziehung von ermächtigten Krankenhausärzten hat sich in der Vergangenheit bewährt. Daher sollte auch im Rahmen von Zweitmeinungsverfahren auf das Instrument der Ermächtigung zurückgegriffen werden. Da eine Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss für bestimmte Leistungsbereiche erfolgt, könnte zukünftig auch eine Ermächtigung für die Durchführung eines Zweitmeinungsverfahrens vergeben werden. Problematisch ist in diesem Zusammenhang auch, wenn die Zweitmeinung nicht dauerhaft extrabudgetär vergütet wird und damit Krankenhäuser zulasten der niedergelassenen Vertragsärzte tätig werden und Leistungen abrechnen.

d) Anforderungen an die berechtigten Leistungserbringer

Nach § 27b Abs. 2 Satz 2 SGB V (neu) legt der G-BA, soweit erforderlich, eingriffsbezogenen Anforderungen an die Leistungserbringer fest, die für die Abgabe einer Zweitmeinung geeignet sind. Nicht geklärt ist, in diesem Zusammenhang, wer die Eignung der Ärzte bzw. Krankenhäuser zu prüfen hat. Da es sich bei dem Zweitmeinungsverfahren um eine vertragsärztliche Versorgung handelt, bietet es sich an, dass die KVen diese Aufgabe übernehmen. Dies müsste dann auch für die zugelassenen Krankenhäuser gelten, die nur für den Zweck des Zweitmeinungsverfahrens an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Es ist insgesamt festzustellen, dass die Regelungen über den G-BA zu einer erheblichen Reglementierungsbürokratie führen. Dies gilt sowohl für die geeigneten Ärzte und Einrichtungen als auch für das Verfahren der Bestimmung der geeigneten Eingriffe durch den G-BA. Es wird ein neues Genehmigungsverfahren für die Eignung von Ärzten und Einrichtungen zur Durchführung von Zweitmeinungen etabliert. Es wird daher angeregt, ein bürokratieärmeres Verfahren vorzusehen. Da es sich um eine vertragsärztliche Versorgung handelt, wäre eine Regelung im Bundesmantelvertrag folgerichtig. Hierdurch ist sichergestellt, dass die Bedürfnisse einer vertragsärztlichen Versorgung hinreichend berücksichtigt werden können.

Nach § 27b Abs. 4 SGB V(neu) informieren die KVen und die Landeskrankenhausgesellschaften inhaltlich abgestimmt über Leistungserbringer, die geeignet und bereit sind. Sofern lediglich die KVen für die Prüfung der Eignung zuständig sind, erscheint eine Abstimmung mit den Landeskrankenhausgesellschaften entbehrlich. Im Zusammenhang mit § 27b Abs. 4 SGB V (neu) stellt sich im Übrigen zusätzlich die Frage, ob neben der Eignung auch die Bereitschaft zur Erbringung einer Zweitmeinung abgefragt werden muss. Hieraus könnte geschlossen werden, geeignete Leistungserbringer möglicherweise Ihre Bereitschaft nur für einen bestimmten Zeitraum erklären oder diese Bereitschaft auch wieder zurücknehmen können.

e) Verfahren

Nach § 27b Abs. 5 SGB V (neu) soll der indikationsstellende Arzt den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer hinweisen. Ungeklärt ist in diesem Zusammenhang, wie der Versicherte zu dem Zweitmeinungsarzt gelangt. In Sinne eines geordneten Verfahrens ist es hierbei erforderlich, dass der Versicherte auf Überweisung des indikationsstellenden Arztes die Zweitmeinung erhält. Das Überweisungsverfahren stellt sicher, dass für den Versicherten in diesen Fällen unzweifelhaft klar ist, dass er einen Anspruch auf die Zweitmeinung hat. Im Übrigen erhält der Arzt, der die Zweitmeinung durchführt, mit der Überweisung die erforderlichen Unterlagen. Nach § 24 Abs. 6 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte hat der Vertragsarzt dem auf Überweisung tätig werdenden Vertragsarzt, soweit es für die Durchführung der Überweisung erforderlich ist, von den bisher erhobenen Befunden und/oder getroffenen Behandlungsmaßnahmen Kenntnis zu geben. Dies ist im Hinblick auf diagnostische Leistungen nicht nur wirtschaftlich, sondern auch im Sinne des Versicherten geboten. Insbesondere wenn es um Maßnahmen nach der Röntgen- oder Strahlenschutzverordnung geht. Nach § 23 Abs. 2 Röntgenverordnung hat der die rechtfertigende Indikation stellende Arzt vor der Anwendung alle verfügbaren Informationen der bisherigen medizinischen Erkenntnisse heranzuziehen, um jede unnötige Strahlenexposition zu vermeiden. Aus diesem Grund ist es erforderlich, dass der Zweitmeinungsarzt die zur Verfügung stehende Diagnostik zur Kenntnis nehmen kann. Dies wird durch ein Überweisungsverfahren gesichert. Um das Überweisungsverfahren und die Unabhängigkeit des Zweitmeinungsarztes zu gewährleisten, bietet es sich an, dass die Partner des Bundesmantelvertrages das Nähere zu dem Überweisungsverfahren regeln.

Änderungsvorschläge der KBV

a) In § 27b Abs. 1 SGB V(neu) erhält Satz 1 folgende Fassung:

„Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist oder der durch den Versicherten eine besondere Belastung darstellt, haben Anspruch darauf, auf Überweisung des indikationsstellenden Arztes eine unab-

hängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Absatz 3 einzuholen.“

b) In § 27b Abs. 1 SGB V (neu) wird folgender Satz angefügt:

„Das Nähere zu dem Überweisungsverfahren regeln die Partner des Bundesmantelvertrages.“

c) § 27 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Partner des Bundesmantelvertrages bestimmen bis zum 31.12.2015, für welche planbaren Eingriffe nach Absatz 1 Satz 1 der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht. Soweit erforderlich, können eingriffsbezogene Anforderungen an die Leistungserbringer nach Absatz 3 festgelegt werden.“

d) In § 27 Abs. 3 wird Nr. 4 gestrichen.

Nr. 34 c) dd) – e) - (§ 87) Folgeänderung zu Nr. 7 Zweitmeinung

Nach § 87 Abs. 2a wird dem Bewertungsausschuss die Aufgabe übertragen, eine Regelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu treffen, nach der Leistungen im Rahmen der Einholung einer Zweitmeinung abgerechnet werden können. In diesem Zusammenhang ergibt sich laut Begründung der Änderung eine zusätzliche Vergütung mit Verweis auf § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 in der geltenden Fassung, nach der die Anpassung des Behandlungsbedarfs unter Berücksichtigung von Beschlüssen des G-BA zu berücksichtigen sind. Die Begründung schlägt zunächst eine für drei Jahre geltende Vergütung dieser Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu festen Preisen vor. Im Grundsatz entspricht dies der derzeitigen Vorgehensweise im Bewertungsausschuss mit der Änderung des Zeitraums der extrabudgetären Vergütung von zwei auf drei Jahre.

KBV

Auch die Regelung zur Vergütung der Zweitmeinung im Rahmen der Überprüfung des EBM ist zu befürworten. Neben der Berücksichtigung dieser neu aufzunehmenden Leistung bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung über die in der Begründung zu dieser Gesetzesänderung dargestellten Mechanismen ist darüber hinaus vorgegeben, dass bei einer Nichteinigung zur Aufnahme und Finanzierung dieser Leistung in den EBM ein Kostenerstattungsverfahren greift und der Anspruch für die Versicherten gesetzlich verankert wird. Die KBV begrüßt die als Übergangsregelung zur Finanzierung des Zweitmeinungsverfahrens geplante Kostenerstattungsregelung für den Fall, dass eine Beschlussfassung im Bewertungsausschuss bis zum Ablauf von drei Monaten nach Inkraftsetzung der Richtlinie des G-BA noch nicht vorliegen sollte.

Nr. 9 b) - (§ 39 Abs. 1a neu) Entlassmanagement

Der Versicherte erhält gegen die Krankenkasse einen unmittelbaren Rechtsanspruch auf ergänzende Unterstützung des Entlassmanagements. Diese Unterstützung besteht darin, gemeinsam mit dem Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung die für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung zu organisieren, wie etwa die notwendigen Beteiligten zu kontaktieren (z. B. Vertragsärzte, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste) und für deren zeitgerechten Einsatz zu sorgen.

Das Krankenhaus muss nach § 39 Abs. 1a (neu) SGB V in einem Entlassplan die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen festlegen. Krankenhäuser erhalten ein eingeschränktes Ordnungsrecht der jeweils kleinsten Packung gemäß Packungsgrößenverordnung für Arzneimittel. Ferner können für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen Leistungen

wie häusliche Krankenpflege und Heilmittel verordnet sowie die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Das Krankenhaus kann Aufgaben des Entlassmanagements auch auf einen weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen. Die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts der Krankenhäuser bestimmt der G-BA in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nrn. 6 und 7. Die Rahmenvorgaben des gesamten Prozesses eines Entlassmanagements, sowohl die Aufgabenverteilung zwischen Krankenhaus, ggf. Vertragsarzt und Krankenkasse als auch deren Zusammenarbeit, werden auf Bundesebene in einer Rahmenvereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband (GKV-SV), Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und KBV unter Berücksichtigung der Richtlinien des G-BA geregelt.

Nr. 48 b) - (§ 112 Abs. 2 Satz 1) Folgeänderung zu Nr. 9 b) Entlassmanagement

Künftig ist das Nähere zum Entlassmanagement in einer dreiseitigen Vereinbarung zwischen GKV-SV, der DKG und der KBV zu regeln. Daher ist eine Aufhebung des § 112 Abs. 2 Nr. 7 (Zweiseitige Verträge und Rahmenbedingungen über Krankenhausbehandlung) erforderlich.

Nr. 50 b) - (§ 115 Abs. 2 Satz 1) Folgeänderung zu Nr. 9 b) Entlassmanagement

Folgeänderung zu § 39 Abs. 1a (neu) und § 112 Abs. 2 Satz 1. Künftig ist das Nähere zum Entlassmanagement in einer dreiseitigen Vereinbarung zu regeln. Es ist sachgerecht, auch die weitere Ausgestaltung vor Ort in einem dreiseitigen Vertrag zu regeln.

KBV

Die KBV begrüßt grundsätzlich die geplanten Neuregelungen zum Entlassmanagement. Zur Verbesserung der Weiterversorgung der Versicherten, insbesondere mit Arzneimitteln, wäre es aus Sicht der KBV zur Vermeidung relevanter Probleme jedoch zielführender, wenn das Krankenhaus die Versorgung des Versicherten mit der benötigten Menge an Arzneimitteln für mindestens drei Tage durch Mitgabe sicherstellen muss.

Sollte der letzte dieser drei Tage auf einen Sonn- oder Feiertag fallen, ist die Versorgung bis einschließlich des nächsten Arbeitstages sicherzustellen (Regelung in § 39 oder § 115c i.V.m. einer Änderung von § 14 Abs. 7 ApoG). Bei vielen Arzneimitteln ist die kleinste mögliche Packungsgröße gemäß Packungsgrößenverordnung nicht im Handel erhältlich. So muss in der Apotheke möglicherweise eine Packung abgegeben werden, die deutlich größer als vorgesehen und damit unwirtschaftlich ist. Hierdurch würde das Regelungsziel der Versorgung lediglich für den Überbrückungszeitraum der Übergangsphase von der stationären zur ambulanten Versorgung konterkariert. Darüber hinaus sind die bei Krankenhausentlassung häufig in der Mobilität eingeschränkten Patienten bei Verordnung der Arzneimittel durch das Krankenhaus gezwungen, das Einlösen des Rezeptes in einer Apotheke zu organisieren. Dies führt insbesondere dann, wenn das verordnete Arzneimittel in der Apotheke nicht vorrätig ist oder wenn bei unklaren Verordnungen der verordnende Krankenhausarzt durch den Apotheker telefonisch nicht erreicht werden kann, zu Problemen, die durch die Mitgabe der benötigten Arzneimittel durch das Krankenhaus vermieden werden.

Die im Regierungsentwurf vorgesehene Verordnungsmöglichkeit von in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 genannten Leistungen ist zur Verbesserung der Weiterversorgung, wenn auch in geringerem Umfang, jedoch ebenfalls geeignet und kann von der KBV daher grundsätzlich mitgetragen werden. Es bedarf jedoch der Klarstellung, dass das Krankenhaus die entsprechenden Leistungen nicht nur verordnen kann, sondern soll. Dies soll in den Fällen gewährleistet sein, soweit der Versicherte unmittelbar nach der Entlassung für die Fortführung der Therapie weiterhin Leistungen gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 (außer Krankenhausbehandlung) benötigt.

In der Gesetzesbegründung sollte klar gestellt werden, dass sich das Entlassmanagement auch auf eine notwendige psychotherapeutische Anschlussweiterbehandlung bezieht, damit Wartezeiten auf einen ambulanten Therapieplatz vermieden werden und ein nahtloser Übergang von der stationären zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung möglich ist.

Die KBV begrüßt in diesem Zusammenhang, dass bei der Verordnung der genannten Leistungen durch das Krankenhaus die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung gelten sollen. Klargestellt werden sollte jedoch, dass die damit verbundenen Verordnungskosten nicht Gegenstand der Ausgabenvolumina nach § 84 Abs. 1 (alt) und Abs. 8 (alt) sind.

Die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts durch den G-BA in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nrn. 6 und 7 ist in Analogie zu sonstigen Regelungen nachvollziehbar.

Ein Rahmenvertrag zwischen der DKG, der KBV und dem GKV-SV, in dem unter Berücksichtigung der Richtlinien des G-BA insbesondere die Zusammenarbeit der Beteiligten geregelt werden sollen, ist aus Sicht der KBV sinnvoll.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass die angedachte Verordnungsmöglichkeit von Leistungen gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 auch die Verordnungsmöglichkeit von Krankenhausbehandlung umfasst. Statt des allgemeinen Verweises wäre es daher zielführender, die in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 genannten Leistungen ohne die Krankenhausbehandlung konkret zu benennen.

Änderungsvorschläge der KBV

a) In § 39 Abs. 1a wird Satz 5 wie folgt geändert:

„Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, sollen Krankenhäuser weiterhin Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege und Soziotherapie verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 7); hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung.“

b) In § 39 Abs. 1a wird Satz 6 wie folgt geändert:

„Bei der Verordnung von Arzneimitteln sollen Krankenhäuser die jeweils kleinste Packung gemäß Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen sollen Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7).“

Nr. 15 b) - (§ 46) Entstehung des Anspruchs auf Krankengeld

Mit der Ergänzung des § 46 wird die Lückenlosigkeit der ärztlichen Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit klarer definiert, denn durch den neuen Satz 2 wird geregelt, dass der Anspruch auf Krankengeld auch dann bestehen bleibt, wenn nach dem Ende der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit deren Fortdauer wegen derselben Krankheit erst am nächsten Arbeitstag, der ein Werktag ist, ärztlich festgestellt wird. Damit sollen die Probleme gelöst werden, die sich in der Praxis bei einer verspäteten Ausstellung von Arbeitsunfähigkeits-Folgebescheinigungen zeigen.

KBV

Die KBV begrüßt grundsätzlich die getroffene Regelung, da die Probleme im Zusammenhang mit verspäteten Ausstellungen von Arbeitsunfähigkeits-Folgebescheinigungen auch Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis haben können, insbesondere wenn dadurch die Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung gefährdet wurde.

In letzter Zeit wurde von Vertragsärzten wiederholt berichtet, dass Krankenkassen Patienten unter Berufung auf § 46 SGB V das Krankengeld verwehren. Die Aufhebung des bisher gel-

tenden Karenztages bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit nach § 46 Satz 1 Nr. 2 ist daher ausdrücklich zu begrüßen. Auch die neu eingefügte Formulierung zur Überbrückung von Wochenenden und Feiertagen ist sinnvoll und stellt eine Entlastung sowohl für Patienten als auch für Ärzte dar. Es wird erwartet, dass die derzeit vermehrt auftretenden Probleme bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von Krankengeld durch die vorgeschlagene Änderung reduziert werden können.

Aus Sicht der KBV besteht jedoch mit der nun getroffenen Formulierung zu Werktagen bzw. Arbeitstagen nach wie vor die Gefahr einer missverständlichen Interpretation durch die Versicherten, insbesondere auch durch den Umstand, dass einzelne Vertragsarztpraxen auch an Samstagen geöffnet haben.

Änderungsvorschlag der KBV

§ 73 Abs. 8 Sätze 2 und 3 werden wie folgt ergänzt:

„Der Anspruch auf Krankengeld bleibt bestehen, wenn nach dem Ende der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit deren Fortdauer wegen derselben Krankheit am nächsten Werktag ärztlich festgestellt wird. Samstage gelten insoweit nicht als Werktag.“

Nr. 24 - (§ 71) Selektivverträge

Nr. 24 a) - Streichung Absatz 4 Sätze 2 - 4 = Vorlagepflicht entfällt

Durch Änderung des § 71 SGB V wird die Vorlagepflicht für Selektivverträge gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde aus Gründen der Vereinfachung des Verfahrens zum Abschluss entsprechender Verträge wieder gestrichen. Das Verfahren hat sich als verwaltungsaufwendig erwiesen und verzögerte entsprechende selektivvertragliche Versorgungsformen.

Nr. 24 b) - Streichung des Verweises auf § 73c

Bei der Streichung des Verweises auf § 73c handelt es sich um eine Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a.

Nr. 24 c) Absatz 6 (neu) = präventive Vertragsprüfung entfällt

In Zukunft kann die Aufsicht gemäß § 71 SGB V Verträge nach §§ 73b und 140a bei Bedarf anfordern und prüfen. Stellt sie dabei fest, dass rechtliche Vorgaben in erheblichem Umfang verletzt wurden, kann sie härter als bisher gegen die betreffende Krankenkasse vorgehen. So sind Zwangsgelder bis zu 10 Millionen Euro vorgesehen. Zudem haben Rechtsbehelfe gegen Maßnahmen der Aufsicht keine aufschiebende Wirkung.

KBV

Die Neufassung der Aufsichtsrechte in Absatz 6 ist grundsätzlich zu begrüßen. Denn es ist grundsätzlich wünschenswert, dass die Selektivverträge aufgrund ihrer Wettbewerbscharakteristika auch entsprechenden Aufsichtsrechten unterworfen sind.

Die in der Neuregelung formulierten unbestimmten Rechtsbegriffe der erheblichen Verletzungen „sowie des schweren nicht wiedergutzumachenden Schadens“ sollten jedoch wegen der mangelnden Rechtssicherheit durch konkrete Kriterien ersetzt werden. Im Übrigen hält die KBV es für sinnvoll, dass weiter an der Verpflichtung festgehalten wird, die Selektivverträge der Aufsichtsbehörde automatisch vorzulegen, um eine effiziente Kontrolle weiterhin sicherzustellen.

Änderungsvorschläge der KBV

Neufassung des § 71 Abs. 4 Satz 2:

„Die in den §§ 73b und 140a genannten Verträgen sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen.“

Im Anschluss an Satz 1 wird ein Satz eingefügt, der Regelbeispiele für eine erhebliche Verletzung beinhaltet.

Im Anschluss an Satz 3 wird ebenfalls ein Satz eingefügt, der Regelbeispiele für die Gefahr eines schweren, nicht wiedergutmachenden Schadens für die Belange der Versicherten oder für den Wettbewerb der Krankenkassen beinhaltet.

Nr. 25 a) - (§ 73) Anspruch auf Zweitmeinung

Änderung des Absatzes 2 Satz 1

Die Ergänzung stellt klar, dass der Anspruch auf Zweitmeinung nach § 27b Teil der vertragsärztlichen Versorgung ist.

KBV

Diese Neuregelung wird von der KBV im Rahmen der grundsätzlichen Zustimmung zur Einführung des Anspruchs auf Zweitmeinung ebenfalls begrüßt.

Nr. 25 b) - (§ 73 Abs. 8) Verordnung von Heilmitteln

Ab dem 01.01.2017 sollen Vertragsärzte in ihren Praxisverwaltungs-Systemen (PVS) nur solche Heilmittelverordnungssoftware verwenden, die die Regelungen der Heilmittel-Richtlinie sowie die Informationen über besondere Verordnungsbedarfe enthält und von der KBV zertifiziert sind.

KBV

Die KBV begrüßt die Neuregelung, da die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie derart vielfältig und komplex sind, dass die Einhaltung nur durch verbindliche Unterstützung der elektronischen PVS sichergestellt werden kann. Einheitliche Vorgaben für alle PVS können den Arzt dabei unterstützen, den hohen Anforderungen an die korrekte Formularbedruckung gerecht zu werden. Zudem begrüßt die KBV, dass ebenfalls vorgesehen ist, die Informationen über die „besonderen Verordnungsbedarfe“ nach § 106 b Abs. 2 Satz 4 (neu) in den PVS verbindlich umzusetzen. Für die technische Vorbereitung rechnet die KBV mit einer Frist von neun Monaten. Die im Regierungsentwurf aufgeführten Fristen stellen dies sicher.

Analog dem Bereich der Arzneimittel muss es jedoch auch möglich sein, Informationen der auf der Bundesebene geschlossenen Heilmittel-Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 6 i.V.m. Abs. 7 Satz 1 (neu) bzw. der auf Landesebene geschlossenen Heilmittelvereinbarungen nach § 84 Abs. 1 i.V.m. Abs. 7 Satz 1 (neu) in die PVS einzubinden. Um hierfür die rechtlichen Grundlage zu schaffen, ist eine Ergänzung in § 73 Abs. 8 Sätze 2 und 3 erforderlich.

Darüber hinaus als notwendig erachteter Änderungsbedarf:

Im aktuellen Gesetzgebungsverfahren zu einem „E-Health-Gesetz“ (Referentenentwurf vom 19.01.2015) ist u.a. vorgesehen, dass Versicherte, die mindestens fünf verordnete Arzneimittel anwenden, ab dem 01.10.2016 Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medika-

tionsplans in Papierform durch den Hausarzt haben. Inhalt und Struktur des Medikationsplans sowie ein Verfahren zu dessen Fortschreibung sollen die KBV, die Bundesärztekammer (BÄK) und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene bis zum 30.04.2016 im Benehmen mit dem GKV-SV und der DKG vereinbaren. Zur Unterstützung der Hausärzte bei Umsetzung dieser Neuregelung ist eine verbindliche Implementierung eines Medikationsplans in das PVS notwendig. Gleichzeitig muss über ein Zertifizierungsverfahren sichergestellt werden, dass dabei die vereinbarten Vorgaben zu Inhalt und Struktur des Medikationsplans sowie das Verfahren zu dessen Fortschreibung berücksichtigt sind. Hierzu ist es sinnvoll, an das bestehende Zertifizierungsverfahren gemäß § 73 Abs. 8 anzuknüpfen und die Zertifizierungsvorgaben um Informationen und Instrumente zur Unterstützung der Arzneimitteltherapiesicherheit zu erweitern.

Änderungsvorschläge der KBV

a) § 73 Abs. 8 Satz 2 und 3 werden wie folgt ergänzt:

„Die Informationen und Hinweise für die Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgen insbesondere auf der Grundlage der Hinweise nach § 92 Abs. 2 Satz 3, der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 Satz 1 für die Inhalte der Arzneimittelvereinbarungen bzw. i.V.m. § 84 Abs. 8 Satz 1 für die Inhalte der Heilmittelvereinbarungen und der getroffenen Arzneimittelvereinbarungen nach § 84 Abs. 1 bzw. i.V.m. § 84 Abs. 8 Satz 1 der getroffenen Heilmittelvereinbarungen. In den Informationen und Hinweisen sind Handelsbezeichnung, Indikationen und Preise sowie weitere für die Verordnung von Arzneimitteln bzw. Heilmitteln bedeutsame Angaben insbesondere auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 in einer Weise anzugeben, die unmittelbar einen Vergleich ermöglicht; dafür können Arzneimittel ausgewählt werden, die einen maßgeblichen Anteil an der Versorgung der Versicherten im Indikationsgebiet haben.“

b) § 73 Abs. 8 Satz 7

Hier wird nach § 130a Abs. 8 *„und Informationen und Instrumente zur Unterstützung der Arzneimitteltherapiesicherheit“* eingefügt.

c) § 73 Abs. 8 Satz 9 (neu) wird wie folgt ergänzt:

„Für die Verordnung von Heilmitteln dürfen Vertragsärzte ab dem 1. Januar 2017 nur solche elektronischen Programme nutzen, die die Informationen nach den Sätzen 2 und 3, der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 in Verbindung mit § 92 Abs. 6, über besondere Verordnungsbedarfe nach § 106b Abs. 2 Satz 4 sowie Verordnungen nach § 32 Abs. 1a enthalten und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind.“

Nr. 26 - (§ 73a) Aufhebung

Die Krankenkassen können Strukturverträge sowie Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung nunmehr über den neu gefassten § 140a schließen. Die Abschlusskompetenz der Landesverbände der Krankenkassen im bisherigen § 73a SGB V ist entbehrlich, da die einzelnen Krankenkassen ihren Landesverband mit dem Abschluss eines gemeinsamen Vertrages beauftragen können.

KBV

Wird im Zusammenhang mit § 140a (neu) kommentiert.

Nr. 27 - (§ 73b) Hausarztzentrierte Versorgung

Nr. 27 a) aa) und bb) - (§ 73b) Änderungen Satz 7 + Satz 8

Der Verzicht darauf, die Einzelheiten der Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in der Satzung zu regeln, soll der Entbürokratisierung dienen. Die Regelung über die Einzelheiten kann in den Teilnahmeerklärungen der Versicherten geregelt werden.

Nr. 27 c) - (§ 73b Abs. 5 Satz 3) Leistungen, die nicht zur Regelversorgung zählen, können Gegenstand von Selektivverträgen sein

Im Sinne einer möglichst großen Gestaltungsfreiheit und zur wettbewerblichen Weiterentwicklung wird in § 73b Abs. 5 Satz 3 SGB V klargestellt, dass auch Leistungen in den Verträgen vereinbart werden können, die über den Leistungsumfang der Regelversorgung in der GKV hinausgehen. Zulässige Leistungen können danach auch solche sein, die nach § 11 Abs. 6 SGB V Gegenstand einer Satzungsleistung sein können, Leistungen nach den §§ 20d, 25, 26, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt. Hierzu sollen beispielsweise innovative Leistungen gehören, die noch keinen Eingang in die Regelversorgung gefunden haben, aber zum Beispiel auch die Verordnungsfähigkeit von nach § 34 Abs. 1 Satz 1 vom Leistungsumfang der GKV ausgeschlossenen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.

Nr. 27 d) - (§ 73b Abs. 7) Beseitigung von Hemmnissen bei den Regelungen zur Bereinigung der Gesamtvergütung

Den Gesamtvertragspartnern wird in § 73b Abs. 7 (neu) SGB V in Satz 2 vorgegeben, dass sie sich rechtzeitig über die Bereinigung zu einigen haben.

Es bleibt wie nach bisherigem Recht dabei, dass auch die Krankenkassen im Konfliktfall das Schiedsamt mit dem Ziel der Festsetzung der Bereinigung anrufen können. Neu ist in Satz 3 lediglich die Möglichkeit der Anrufung des Schiedsamtes durch die betroffenen Leistungserbringer als Vertragspartner der Krankenkassen, z. B. Gemeinschaften nach § 73b Abs. 4 Satz 3 Ziffer 2. Des Weiteren werden in Satz 5 Datenübermittlungsfristen zur Berechnung der Bereinigung vorgegeben, mit denen die derzeit von der gemeinsamen Selbstverwaltung vereinbarten mindestens sechswöchigen Fristen auf die Hälfte verkürzt werden. Danach erfolgt die Meldung der Bereinigungsbeträge von der Krankenkasse an die KV spätestens drei Wochen vor Beginn des Quartals, für das die Gesamtvergütung bereinigt werden soll. Um eine weitere Möglichkeit zur Verkürzung der Wartezeiten sowie eine schnellere Bereinigung zu erhalten, darf die Krankenkasse nach Satz 6 unter bestimmten Voraussetzungen eine vorläufige Bereinigung durchführen. Dieses Verfahren gilt solange, bis die Gesamtvertragspartner die Voraussetzungen für eine Spitzberechnung geschaffen haben. Um Aufwand und Bürokratie zu verringern, wird in Satz 7 vorgegeben, dass das für die „Heimat-KV“ geltende Bereinigungsverfahren von weiteren KVen anerkannt und umgesetzt wird.

Zusätzlich sind für diesen Fall und im Falle einer Rückführung von Bereinigungsbeträgen vom Bewertungsausschuss zu beschließende pauschalierte Verfahren anzuwenden. Ferner wird die aufwendige Bereinigung der Hausarztverträge den gesetzlichen Aufgaben der KVen zugewiesen.

Nach bisherigem Recht sind jeweils separate Bereinigungsvereinbarungen zu treffen, obwohl die Versichertenzahlen und die Bereinigungssumme relativ gering sind.

KBV

Durch die Aufnahme des in der Integrationsversorgung vorgesehenen Verbotsvorbehaltes für neue Leistungen wird deutlich gemacht, dass es sich bei der HzV um ein Erprobungsfeld für solche Innovationen handelt, die bei positiver Erprobung allen Versicherten über den Kollektivvertrag zugänglich gemacht werden sollen. Die damit verbundene Unterschiedlichkeit des angebotenen Leistungsspektrums zum Kollektivvertrag muss entsprechend Berücksichtigung finden bei der Bereinigung des Selektivvertrages.

Mit der Neuregelung werden die Bereinigungsregeln zu Lasten der KVen ausgelegt bis hin zur Akzeptanz von Bereinigungsregeln anderer KVen, was keinerlei Verhandlungsspielraum belässt. Im Hinblick auf die Neuregelung des Bereinigungsverfahrens wiederum liegt der Schwerpunkt der Kritik auf der Möglichkeit einer vorläufigen Bereinigung durch die einzelnen Krankenkassen. Gleichwohl in der Begründung des Entwurfes hierzu „bestimmte Voraussetzungen“ gefordert werden, finden sich in den Gesetzesvorschlägen keinerlei Voraussetzungen für die vorläufige Bereinigung. Dies führt zu erheblichen Rechtsunsicherheiten im Zusammenhang mit der Bereinigung, da im nachgelagerten Verfahren nunmehr die KV nachweisen müsste, dass das Vorgehen der Krankenkasse rechtswidrig ist. Diese Lösung ist in jeglicher Hinsicht als nicht sachgerecht zu qualifizieren. Wie auch in sonstigen vertraglichen Beziehungen, dürfte der Eskalationsmechanismus des Schiedsverfahrens vollkommen ausreichen, um hier die Gefahr einer Doppelvergütung seitens der einzelnen Krankenkasse zu vermeiden. Soweit dies bekannt ist, hat sich die dem Gesetzesentwurf zugrunde gelegte Gefährdungseinschätzung bisher auch erst einmal manifestiert, wobei diese besondere Situation alleine von der entsprechenden Krankenkasse verursacht worden war. Aus diesen Gründen muss es aus Sicht der KBV dabei verbleiben, dass das Schiedsverfahren das regelhafte Eskalationsinstrument auch im Zusammenhang mit der Bereinigung bleibt und die vorläufige Bereinigung aus dem Gesetzesentwurf gestrichen wird.

Ebenfalls als problematisch zu charakterisieren ist die Anerkennung des Bereinigungsverfahrens in anderen KV-Bezirken. Zwar ist eine gewisse Berechtigung der Problembeschreibung dahingehend zu sehen, dass der Aufwand eines Bereinigungsverfahrens in einem KV-Bezirk, in dem wenige Versicherte der entsprechenden Krankenkasse ihren Wohnsitz haben, in Ansehung der Leistungen der Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) in einem schwierigen Verhältnis steht. Jedoch kann dieses schwerwiegende Kosten-/Nutzen-Verhältnis nicht zu Lasten derjenigen KVen aufgelöst werden, die nicht unmittelbar selbst an den Bereinigungsverhandlungen beteiligt waren. Ein solches Vorgehen würde in der Konsequenz die Etablierung eines Vertrages zu Lasten Dritter beinhalten, da die entsprechenden KVen zueinander nicht in einem Vertretungsverhältnis stehen.

Nicht ersichtlich ist darüber hinaus, warum künftig auch Vertragspartner von HzV-Verträgen, die nicht Vertragspartner des Bereinigungsverfahrens sind, dazu berechtigt sein sollten, das Schiedsamt zur Bereinigung anzurufen. Hier ist schon dem Grunde nach das berechtigte Interesse zu vermissen. Auch ist kritisch der bürokratische Aufwand für die Spitzabrechnung nach einer vorläufigen Bereinigung zu hinterfragen.

Die im Entwurf vorgeschlagene Frist der Datenlieferung von den Krankenkassen ermöglicht keine ausreichende Prüfung der enthaltenen Daten für die KVen. Die Erfahrung zeigt, dass die Krankenkassen erhebliche Probleme bei der Datenaufbereitung haben, die durch eine hinreichende Prüfung der KVen zu bearbeiten sind.

Auch aus diesem Grund ist die pauschale Übertragung der Bereinigung als gesetzliche Aufgabe der KV abzulehnen. Diese Regelung führt zu erheblichen Verwaltungsaufwänden der KVen, denen andererseits keine Einnahmen gegenüber stehen. Bisher wurde daher entweder ein Aufwendungsersatz für die Durchführung der Bereinigung vereinbart oder aber ein solcher wurde durch Schiedsspruch festgelegt. Dies ist auch sachgerecht: Weil nämlich die KVen al-

leine von den Honoraren aus dem Kollektivvertrag Verwaltungskostenbeiträge einbehalten dürfen, würden bei der im Kabinettsentwurf enthaltenen Regelung letztlich die für die Bereinigung entstehenden Aufwendungen von den nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten über deren Verwaltungskostenbeiträge finanziert werden. Um diese nicht nachvollziehbare Regelung zu vermeiden, entspricht die bisherige Rechtspraxis der Interessenlage. Die Krankenkassen sind daher weiterhin in die Finanzierung der von ihnen durch den Vertragsabschluss verursachten Bereinigung einzubeziehen. Darüber hinaus wird durch das Verbot einer regionalen Regelung zu einer Kostenbeteiligung der Krankenkassen ein zusätzlicher Anreiz für die Krankenkassen zu einer effizienten Bereitstellung der bereinigungsrelevanten Daten genommen.

Anstelle der im Regierungsentwurf vorgeschlagenen Regelung sollte eine Regelung eingefügt werden, die – wie dies auch im Koalitionsvertrag vereinbart wurde – eine echte Vereinfachung der Bereinigung mit sich bringt und demzufolge auch eine Erleichterung für die Vertragspartner der Bereinigungsverträge bedeutet. Auf eine zusätzliche Belastung der KVen sollte verzichtet werden. Eine solche Regelung sollte es dem Bewertungsausschuss ermöglichen, Vereinfachungen wie eine Komplettbereinigung vorzugeben, damit auch insofern Zahlungsflüsse und Verwaltungsabläufe erleichtert werden können. Dieser Vorschlag stellt auch eine weitergehende Verfahrensvereinfachung dar als die vorgeschlagenen Regelungen in § 73b Abs. 7 Satz 7 und 8 i. V. m. mit der vorgeschlagenen Regelung in § 87a Abs. 5 Satz 5.

Nachvollziehbar ist hingegen die Regelung zum Nachweis der Wirtschaftlichkeitskriterien innerhalb von vier Jahren. Vier Jahre mögen dabei als für diesen Nachweis hinreichender Zeitraum gelten. Gleichwohl bleibt zu betonen, dass auch Selektivverträge und auch die HzV insgesamt für sich den Nachweis der Wirtschaftlichkeit führen müssen.

Änderungsvorschlag der KBV

a) Einfügung eines veränderten Absatz 7:

„Die Vertragspartner der Gesamtverträge haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 zu bereinigen. Die Bereinigung erfolgt rechtzeitig zum vertraglich vereinbarten Zeitpunkt des Beginns der hausarztzentrierten Versorgung entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der vorab eingeschriebenen Versicherten nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Abs. 5 Satz 7. Kommt eine Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a nicht zustande, können jeweils auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 4 sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern bis spätestens sechs Wochen vor dem Kalendervierteljahr, in dem die hausarztzentrierte Versorgung beginnt. Bei der Inanspruchnahme von Leistungen, die von Satz 2 erfasst werden, erfolgt die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Gleiches gilt für die Versorgung von eingeschriebenen Versicherten außerhalb des örtlichen Geltungsbereichs der hausarztzentrierten Versorgung. Das Nähere dazu regelt der Bewertungsausschuss.“

b) Streichung von Absatz 4 Satz 3 Nr. 4, 2. Halbsatz**Nr. 28 - (§ 73c) Aufhebung**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a.

KBV

Wird im Zusammenhang mit dem § 140a (neu) kommentiert.

Nr. 29 b) - (§ 75 Abs. 1a) Einrichtung von Terminservicestellen bei den KVen zur Terminvermittlung innerhalb von vier Wochen

(siehe auch dazu Nr. 20 = §§ 75 Abs. 1a, 76 Abs. 1a und Nr. 45 = § 120 Abs. 1 Satz 1)

Die bislang in § 75 Abs. 1 Satz 2 erste Alternative SGB V verankerte Erstreckung des Sicherstellungsauftrages auf eine zeitnahe Zurverfügungstellung fachärztlicher Leistungen wird in diesem Referentenentwurf in § 75 Abs. 1b Satz 1 SGB V verschoben. Als konkrete Maßnahme zur Gewährleistung zeitnaher Facharzttermine werden die KVen verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten, die fakultativ in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden können. Diese Terminservicestellen haben die Aufgabe, grundsätzlich bei Vorliegen einer Überweisung einen Facharzttermin innerhalb von einer Woche zu vermitteln, der in einem Zeitraum von vier Wochen stattfinden soll. Den Partnern des Bundesmantelvertrages wird die Regelungsbefugnis zum Nachweis des Vorliegens der Überweisung übertragen. Bei einer Inanspruchnahme von Kinderärzten, Augenärzten und Frauenärzten vermittelt die Terminservicestelle auch ohne Vorliegen einer Überweisung einen Facharzttermin. Die von den Terminservicestellen zur Verfügung gestellten fachärztlichen Termine finden bei zugelassenen oder ermächtigten Ärzten/Einrichtungen oder in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) statt. Hierbei muss die Entfernung zwischen dem Wohnort des Versicherten und dem Termin zumutbar sein, wobei die Zumutbarkeit der Entfernung, differenziert nach Arztgruppen, im Bundesmantelvertrag geregelt wird.

Kann die Terminservicestelle einen Facharzttermin bei einem zugelassenen oder ermächtigten Arzt, einer ermächtigten Einrichtung oder in einem MVZ nicht innerhalb von vier Wochen zur Verfügung stellen, vermittelt sie einen Termin zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus, das nach § 76 Abs. 1a SGB V nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sein muss. Die Vergütung der insoweit im Krankenhaus erbrachten ambulanten Behandlung erfolgt nach § 120 Abs. 1 Satz 1 SGB V aus der für die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen entrichteten MGV. Soweit dies zur Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolgs dient, wird die ambulante Behandlung des Versicherten im Krankenhaus fortgesetzt. Hierzu vereinbaren die Partner des Bundesmantelvertrages Näheres: „Darüber hinaus können im Bundesmantelvertrag ergänzende Regelungen getroffen werden.“

KBV

Die KBV lehnt eine gesetzliche Regelung zum Wartezeitenmanagement ab.

Für eine bundesgesetzliche Regelung, aufgrund derer Versicherten durch eine Terminservicestelle ein zeitnaher Facharzttermin vermittelt wird, besteht kein Bedürfnis. Zwei Drittel der Bundesbürger erhalten entweder sofort oder innerhalb von drei Tagen einen Termin, wie eine repräsentative Versichertenbefragung der KBV im Jahr 2013 ergeben hat. Versicherte sind mit der Terminalsituation eher zufrieden. Im Übrigen ist nicht jede fachärztliche Inanspruchnahme aufgrund einer Überweisung als eilbedürftig zu bezeichnen, wie z. B. bei Vorsorgeuntersuchungen, Routinekontrolle oder dem Ersuchen um eine Zweit-, Dritt- oder Viertmeinung. Längere Wartezeiten können zudem eine Folge von Ärztemangel oder einer fehlenden Patientensteuerung sein. Dass nicht jeder Patient immer sofort einen Facharzttermin erhalten kann,

hängt auch mit der hohen Anzahl von Arzt-Patienten-Kontakten in Deutschland zusammen. Eine Terminvermittlung durch eine Terminservicestelle dürfte daher kaum geeignet sein, die Wartezeiten zu reduzieren.

Vor allem bedeutet eine zentral gesteuerte Terminvergabe de facto jedoch die Abschaffung der freien Arztwahl des Patienten. Die KBV hält es deswegen für erforderlich, den Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung besser zu steuern. Hierzu hat sie bereits ein Modell einer Versorgungssteuerung in die politische Diskussion eingebracht.

Die KBV hält es nicht für sachgerecht, Regelungen im Bundesmantelvertrag zu treffen, die das Nähere zur Fortsetzung der Behandlung in Krankenhäusern festlegen. Denn diese laufen schließlich ins Leere, da der Bundesmantelvertrag keine normative Wirkung gegenüber Krankenhäusern entfaltet.

Vorzugswürdig wäre daher ein geeignetes Modell einer regionalen Selbstverwaltungslösung, das in eilbedürftigen Fällen nach medizinischen Erfordernissen eine zügige Behandlung bei einem Facharzt ermöglicht. Die Finanzierung sollte außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgen. Ein solches Managementverfahren innerhalb der etablierten Strukturen würde zudem dazu beitragen, dass es von Ärzten und Patienten gleichermaßen akzeptiert werden kann.

Soweit der Gesetzgeber die Regelung beibehalten sollte, hält die KBV zumindest eine Rechtsgrundlage für notwendig, nach der die KVen die IT- und Telematikinfrastruktur der KBV nutzen können. Zudem sollte die KBV in diesem Fall gesetzlich beauftragt werden, entsprechende Schnittstellen für PVS zu definieren und zu zertifizieren.

Änderungsvorschlag der KBV

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen können im Rahmen der Terminvermittlung ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement einführen. Hierzu können sie die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelte IT- und Telematik-Infrastruktur nutzen.“

Folgeänderung Nr. 31 - (§ 76 Abs. 1a) zu § 75 Abs. 1 Satz 5 zur Einrichtung von Terminservicestellen

Der neue § 76 Abs. 1a ist eine Folgeänderung zu der in § 75 Abs. 1 Satz 5 getroffenen Regelung, mit der die künftig bei den KVen einzurichtenden Terminservicestellen verpflichtet werden, dem Versicherten einen ambulanten Behandlungstermin in einem nach § 108 zugelassenen Krankenhaus anzubieten, wenn nicht rechtzeitig ein Behandlungstermin bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer vermittelt werden kann. Diese Folgeregelung beinhaltet, dass Versicherte in diesem Fall auch zugelassene Krankenhäuser in Anspruch nehmen können, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Zudem soll die Inanspruchnahme auch weitere auf den Termin folgende notwendige Behandlungen umfassen, die dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern.

KBV

Die Kritik der KBV an dieser Folgeregelung versteht sich im Zusammenhang mit der Kritik der KBV an der gesetzlich verfügten „Terminmanagement-Regelung“ des § 75 überhaupt.

Nr. 29 b) - (§ 75 Abs. 1a und 1b) ambulante Notfallversorgung

§ 75 Abs. 1b stellt zunächst fest, dass der Sicherstellungsauftrag auch die vertragsärztliche Versorgung zur Sprechstundenfreizeit (Notdienst) umfasst. Der Gesetzgeber plant eine stärkere Verknüpfung von stationärem und ambulanten Notdienst durch im Wesentlichen drei Maßnahmen:

- Pflicht der KVen zu Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern im Bereitschaftsdienst
- Informationsaustausch mit Landesapothekenkammer (Öffnungszeiten Notfallapotheken)
- Kooperation mit Rettungsleitstellen - „Soll-Regelung“ zur Förderung von gemeinsamen Leitstellen

KBV

Die Neuregelungen verpflichten die KVen im Bereich des Notdienstes zur Kooperation mit weiteren Leistungserbringern oder Einrichtungen wie den Rettungsleitstellen der Länder. Dies lehnt die KBV ab. Nach der Gesetzesbegründung werden bestehende Kooperationen mit zugelassenen Krankenhäusern gestärkt. In Regionen, in denen KVen noch nicht mit Krankenhäusern kooperieren, erhalten sie einen gesetzlichen Auftrag, im Rahmen der Organisation des vertragsärztlichen Notdienstes regelhaft mit Krankenhäusern zu kooperieren. Problematisch ist die Regelung dort, wo anderweitige gut funktionierende Notdienstvereinbarungen bestehen. Als Beispiel können hier seit Jahrzehnten bestehende örtliche Notfallpraxen genannt werden, die häufig – ohne vorherigen Kontakt mit dem Bereitschaftsdienst – direkt von den Patienten aufgesucht werden. Die KVen werden künftig begründen müssen, warum keine regelhafte Kooperation mit einem Krankenhaus besteht. Durch die Verschärfung der Regelungen von „können“ in „sollen“ wird der Ermessensspielraum der KVen deutlich reduziert. Die neuen Regelungen greifen zu stark in die regional sehr unterschiedlich ausgestalteten Notdienstvereinbarungen ein. Die bisherige „Kann“-Regelung ist daher ausreichend und sollte unverändert belassen werden.

Die Kooperation mit Rettungsleitstellen ist im Sinne der Schaffung von Schnittstellen (z. B. „warme“ Übergabe) seitens der 116117 heute bereits umgesetzt und müsste nun auch in der Richtung Rettungsleitstelle zu ärztlichem Bereitschaftsdienst flächendeckend eingerichtet werden. Eine Kooperation im Sinne von Zusammenlegungen der Leitstellenstruktur ist abzulehnen.

Zum einen weist der in einem solchen Fall aufwendiger zu organisierende Bereitschaftsdienst ein deutlich höheres Anrufvolumen auf als der Rettungsdienst. Zum anderen liegt für Regionen, in denen bereits heute eine entsprechende Kooperation vollzogen ist, keinerlei Evidenz vor, dass die Zahl der Rettungseinsätze reduziert werden konnte. Es ist davon auszugehen, dass die Regelung zu keiner Kostenreduktion beim Rettungsdienst, aber zu einer Kostensteigerung im ärztlichen Bereitschaftsdienst führen wird.

Änderungsvorschlag der KBV

Anpassung des Satzes:

[...] „die Kassenärztlichen Vereinigungen können den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen“.

Nr. 30 (§ 75a) Erweiterung der Regelungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Mit der Neuregelung wird das seit 1999 bestehende „Förderprogramm Allgemeinmedizin“ von Art. 8 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) in einen neuen § 75a SGB V überführt und inhaltlich angepasst.

Im Rahmen dieser Erweiterung wird die Anzahl der bundesweit zu fördernden Weiterbildungsstellen von derzeit 5.000 Stellen um 50 % auf 7.500 Stellen erhöht. Die Selbstverwaltungs-

partner (KBV, GKV-SV und DKG) beschließen das Nähere der finanziellen Förderung in einer Fördervereinbarung. Die hälftige Finanzierung der Vergütung des Weiterzubildenden durch GKV und KV ist durch einen Zuschuss der Weiterbildungsstelle, also regelmäßig durch den weiterbildenden Vertragsarzt, auf das Niveau des stationären Bereichs anzuheben. Es wird mit dem GKV-VSG zulässig, dass die allgemeinmedizinische Weiterbildung ihre Praxis vergrößert [Anhebungsbetrag] (Artikel 14, Änderung des § 32 Ärzte-ZV). Die Angemessenheit der Förderung ist regelmäßig zu überprüfen und anzupassen. In unterversorgten Regionen soll eine höhere „Grundförderung“ vorgegeben werden. Die Fördervereinbarung muss schließlich einen finanziellen Ausgleichsmechanismus zwischen den KVen enthalten, der für den Fall etwa überproportional vieler Weiterbildungsstellen in einer KV-Region eine Entlastung zu Lasten der anderen KV-Regionen verbindlich vorsehen muss.

KBV

Die Neuregelung geht wichtige Schritte in die richtige Richtung. Die vorgeschlagenen Änderungen reichen aber längst nicht aus, um den zukünftigen Versorgungsbedarf an grundversorgenden Ärzten, seien es Hausärzte oder grundversorgende Fachärzte, zu decken. Die Förderung der ambulanten Weiterbildung in weiteren grundversorgenden Fachgruppen ist im Kabinettsentwurf nach wie vor nicht vorgesehen, wäre aber mit Blick auf die Nachwuchsrekrutierung für diese Fächer und die künftige Sicherung der ambulanten Versorgung von großer Bedeutung.

Die Erhöhung der zu fördernden Weiterbildungsstellen auf 7.500 ist zwar grundsätzlich begrüßenswert. Die Nachfrage nach diesen Stellen orientiert sich jedoch an weiteren wesentlichen, insbesondere finanziellen, organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen, die weiterhin reformbedürftig und nachfolgend dargestellt sind.

Paritätische Finanzierung durch GKV, PKV und KVen nicht sichergestellt:

Die Attraktivität der Weiterbildung in Allgemeinmedizin wird sich zudem auch deshalb nicht weiterentwickeln, weil die vergleichbare Vergütung mit dem stationären Bereich nicht von der hälftigen Finanzierung durch GKV und KV abgedeckt wird. Denn die hälftige Finanzierung durch GKV und KV bezieht sich nur auf die tatsächliche Höhe der Förderung. Zwar beschreibt die Gesetzesbegründung, dass die Förderhöhe „annähernd“ der Summe der Vergütung entsprechen soll, diese bleibt jedoch Bestandteil der Verhandlungen zwischen den Partnern der Vereinbarung und kann somit deutlich niedriger ausfallen, als die tarifliche Vergütung für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung im Krankenhaus. Arbeitgeber-Kosten, die über 20% der Lohnkosten darstellen, bleiben unberücksichtigt. Der in diesem Fall zur Aufstockung des Förderbetrages auf die tarifliche Krankenhausvergütung fehlende Vergütungsanteil muss von der Weiterbildungsstelle, also vom niedergelassenen Vertragsarzt, aufgebracht werden. Von einer paritätischen Finanzierung kann somit keine Rede sein. Wie sich die Anpassung der Ärzte-ZV (§ 32 Abs. 3) und die Umsetzung der Regelung in § 87b SGB V für die Weiterbildungspraxen auswirkt, bleibt abzuwarten.

Organisatorische und strukturelle Standards nicht abgebildet:

Strukturelle Entwicklungsoptionen, wie die Entwicklung der Koordinierungsstellen Allgemeinmedizin (KoStA), z.B. durch Kooperationen mit Kompetenzzentren, sollen regelhaft vorgesehen und nicht als mögliche regionale Erprobung in Projektform in die Verhandlungsmöglichkeit der Vereinbarungspartner gegeben werden. Schließlich sind weitere strukturelle Unterstützungsmaßnahmen der ambulanten Weiterbildung, wie die strukturierte Weiterbildung in Verbänden, Schulungen usw., weiterhin lediglich durch befristete Projekte möglich, nicht jedoch durch dauerhafte Regelungen, wie dies durch entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen sichergestellt werden könnte. Das geplante Ausgleichsverfahren erschwert letztendlich die Umsetzung des Förderprogramms zusätzlich.

Für eine wirkungsvolle Stärkung der ambulanten Weiterbildung hält die KBV folgende Maßnahmen für unabdingbar grundlegend, die im Rahmen einer Förderstiftung realisiert werden sollten:

- Ausdehnung der derzeitigen ambulanten Förderung im Bereich der Weiterbildung Allgemeinmedizin auf alle Fachrichtungen.
- Schaffung gleicher Vergütungen in der ambulanten wie in der stationären Weiterbildung ausschließlich im Rahmen der hälftigen Finanzierung der Gesamtkosten der im vertragsärztlichen Bereich eingerichteten Förderstellen durch GKV und KV.
- Schaffung von nahtlosen Übergängen von Aus- und Weiterbildung, beginnend mit ambulanten Anteilen im Praktischen Jahr.
- Implementierung bundeseinheitlicher Standards für Weiterbildungsstätten, Weiterbildungsverbände, Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin KoStA und Kompetenzzentren auf der Basis der Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Die Rahmenvorgaben dafür werden zwischen den Vereinbarungspartnern auf der Bundesebene abgestimmt. Sicherstellung bundesweiter Förderstandards, z. B. durch Weiterentwicklung der Infrastruktur für eine koordinierte Weiterbildung nach dem Vorbild bestehender Verbände, Koordinierungsstellen und Kompetenzzentren im Bereich der Allgemeinmedizin.
- Eine verpflichtende paritätische Finanzierung von GKV/PKV und KV-System, der Mittelbereitstellung für die erforderliche Infrastruktur sowie eines fachübergreifenden Seminarangebots einer koordinierten Weiterbildung sind analog zur Förderung der Vergütung vorzusehen.

Solche Infrastrukturmaßnahmen sind neben der Förderhöhe das zentrale Instrument, um junge Ärztinnen und Ärzte für die Weiterbildung Allgemeinmedizin zu gewinnen und die avisierten Förderzahlen des Gesetzes von 7.500 tatsächlich zu erreichen.

Weiterer Aspekt:

Die Aufnahme der ambulanten fachärztlichen Tätigkeit ist nicht unmittelbar sichergestellt: Die derzeit geltenden Bestimmungen benachteiligen Ärzte, die direkt nach erlangtem Facharztstatus eine vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen wollen, gegenüber solchen Ärzten, die im stationären Bereich tätig bleiben oder werden. Dies gilt für Fachärzte für Allgemeinmedizin in besonderer Weise, da deren Tätigkeit – im Anschluss an die Förderung der Weiterbildung – üblicherweise im vertragsärztlichen Bereich aufgenommen wird.

Hintergrund: Nach Abschluss der Weiterbildung kann es mehrere Monate dauern, bis der Weiterzubildende sein Facharztzeugnis erhalten hat und über seinen Antrag auf Niederlassung im ambulanten vertragsärztlichen Bereich oder die Genehmigung einer Anstellung in einer Praxis eines niedergelassenen Vertragsarztes durch einen Zulassungsausschuss entschieden worden ist. Während im Krankenhaus dieser Zeitraum problemlos durch die Beschäftigung als Assistent überbrückt werden kann, sieht das Vertragsarztrecht in § 32 Ärzte-ZV für diesen Fall keine Möglichkeit vor, die Assistentenbeschäftigung bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses zu verlängern.

Da nach Abschluss der Weiterbildungszeit eine Beschäftigung nach § 32 Abs. 2 Nr. 1 vom Wortlaut der Ärzte-ZV nicht mehr gedeckt ist, wird vorgeschlagen, eine Rechtsgrundlage für die KVen zu schaffen, eine Genehmigung zur Tätigkeit als Assistent auszusprechen zu können, bis der Zulassungsausschuss eine Entscheidung über den Antrag auf Zulassung oder den Antrag auf Genehmigung einer Anstellung getroffen hat.

Änderungsvorschläge der KBV

- a) **In § 32 Abs. 2 wird nach Satz 2 ein Satz 3 eingefügt:**
„Eine kann nach Abschluss der Weiterbildung die Beschäftigung bis zur Entscheidung eines Zulassungsausschusses verlängern.“
- b) **KBV-Vorschlag für ein Stiftungskonzept**
Die KBV tritt für eine Regelung des Gesamtkomplexes durch ein Stiftungsmodell ein, welches ab dem Jahre 2016 mit einem entsprechenden zeitlichen Vorlauf die Finanzierungsregelung des Art. 8 GKV-SolG bzw. des neuen § 75a SGB V ablösen soll. Der Gesetzgebungsvorschlag ist im Anhang II beigefügt.

Nr. 32 - (§ 79 Abs. 3a) Herstellung von Parität in den Vertreterversammlungen und getrennte Abstimmung nach Versorgungsbereichen für rein hausärztliche Belange und rein fachärztliche Belange

In der Vertreterversammlung stimmen über die Belange, die ausschließlich die hausärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Hausärzte, über die Belange, die ausschließlich die fachärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Fachärzte ab. Bei gemeinsamen Abstimmungen sind die Stimmen so zu gewichten, dass insgesamt eine Parität der Stimmen zwischen Vertretern der Hausärzte und Vertretern der Fachärzte in der Vertreterversammlung besteht. Die entsprechenden Abstimmungsgegenstände sind innerhalb von drei Monaten in der Satzung zu konkretisieren.

KBV

Die KBV lehnt die Neuregelung aus grundsätzlichen Erwägungen mit folgenden Gründen ab:

Die Freiberuflichkeit der ärztlichen Berufsausübung wird insbesondere durch effiziente Strukturen der Selbstverwaltung der im ambulanten Versorgungsbereich tätigen Ärzte und Psychotherapeuten gesichert. Die KBV betrachtet daher mit großer Sorge die Absicht der Großen Koalition, die Strukturen dieser Selbstverwaltung nachhaltig zu ändern und einer Sektionierung Vorschub zu leisten. Denn dadurch verlieren die Körperschaften der KBV und der KVen ihre gemeinsame Gestaltungskraft und können ihrer gemeinsamen Verantwortung für die Sicherstellung und Gewährleistung der freiberuflichen vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nicht mehr gerecht werden.

Die Einheit der Vertragsärzteschaft sowie der Vertragspsychotherapeutenchaft muss daher erhalten bleiben. Statt einer strukturellen Teilung der Körperschaft muss im KV-System das Spannungsverhältnis zwischen der demokratischen Repräsentanz der jeweiligen hausärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsbereiche und dem erforderlichen Dominanzschutz durch eine geeignete Selbstverwaltungslösung bestmöglich zum Ausgleich gebracht werden.

Die Vorschrift ist nicht notwendig und darüber hinaus fehlerhaft, wenn nicht gar teilweise rechtswidrig (verfassungswidrig).

1. Schon nach geltendem Recht können getrennte Abstimmungsverfahren in der Satzung vorgesehen werden – allerdings nur bezogen auf getrennte Abstimmungsgegenstände –, wie das Beispiel der KBV-Satzungsänderung vom 18./19.09.2014 zeigt (Einführung eines Koordinierungsausschusses für ausschließlich hausärztliche und ausschließlich fachärztliche Angelegenheiten mit einer Zuordnungsentscheidung bei Ausschließlichkeitsfeststellung in die Abstimmung der jeweiligen Versorgungsebene).

2. Die Formulierung „Vertreter der Hausärzte“ und „Vertreter der Fachärzte“ ist fehlerhaft, und zwar deswegen, weil die Mitglieder der Vertreterversammlungen nicht als „Vertreter“ der Versorgungsfunktionen gewählt werden. Legitimationsrechtlich ist der Ausdruck „Vertreter der Hausärzte“ oder „Vertreter der Fachärzte“ im Kontext des § 80 SGB V falsch. Richtig ist dort in Absatz 3 letzter Satz für getrennte Vorschlagsrechte bei Vorstandswahlen für ein „hausärztliches“ und ein „fachärztliches“ Ressort von Mitgliedern der Vertreterversammlung, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, und Mitgliedern, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, die Rede.
3. Die Stimmengewichtung zur Paritätsherstellung bei gemeinsamen Angelegenheiten ist ebenfalls legitimationsrechtlich in Bezug auf den Sinn und die Wahllegitimation aus dem Kreis der Mitglieder der Körperschaften zweifelhaft, wenn nicht gar verfassungswidrig. Wenn es z.B. um den Haushalt der Körperschaft geht, kann nicht einem Teil der Vertreterversammlung in Bezug auf ihre Legitimation durch Wahlen aus dem Mitgliederkreis die Möglichkeit eingeräumt werden, ihn mit einem größeren Stimmengewicht abzustimmen. Eine solche funktionale Stimmengewichtung ist etwas anderes als möglicherweise eine regionale Stimmengewichtung, wie sie z.B. im früheren Länderausschuss der KBV gehandhabt wurde, wonach Vertreter im Länderausschuss das Stimmengewicht hinsichtlich der Zahl der Mitglieder der KV repräsentierten. Im Übrigen dürfte diese Art von Stimmengewichtung von der rechnerischen Handhabbarkeit bis hin zur Durchführbarkeit z.B. bei geheimen Wahlen Schwierigkeiten machen. Dabei sollte auch berücksichtigt werden, dass die gemeinsamen Abstimmungsgegenstände auf der Grundlage der Aufgaben der Vertreterversammlungen einen erheblichen Umfang haben.“

Soweit der Gesetzgeber die Neuregelung hingegen für unabdingbar halten sollte, sollten jedenfalls die Vertreter der Psychotherapeuten von der Stimmengewichtung zur Herstellung der Parität ausgenommen werden, um deren Repräsentanz in der Vertreterversammlung nicht weiter zu vermindern.

Änderungsvorschlag der KBV

In § 79 Abs. 3a wird Satz 2 um folgenden Halbsatz ergänzt:

„Die Stimmengewichte der Vertreter der Psychotherapeuten entsprechen dem Anteil ihrer Vertreter in der Vertreterversammlung nach § 80 Abs. 1 Satz 3.“

Nr. 33 - (§ 79c) Einrichtung eines beratenden Fachausschusses für angestellte Ärzte

Die KVen und die KBV werden verpflichtet, einen Fachausschuss für angestellte Ärzte einzurichten, der die Belange dieser Arztgruppe systematisch in der ärztlichen Selbstverwaltung vertritt.

KBV

Die Anstellung spielt insbesondere auf die Vereinbarkeit der Familie und Beruf in der vertragsärztlichen Versorgung eine zunehmende Rolle. Die KBV begrüßt daher die Errichtung eines weiteren beratenden Fachausschusses, der den Interessen der angestellten Ärztinnen und Ärzte Rechnung trägt.

Nr. 34 a) + b) bb) - (§ 87) Bündelung der Zuständigkeit für bundeseinheitlich zu entscheidende Fragen zur Abrechnung von Sachleistungen

Die Überprüfung und Anpassung der Sachkostenpauschalen (insbesondere Laboratoriumsuntersuchungen und Sachkostenpauschalen) erfolgen künftig durch den Bewertungsausschuss mit Unterstützung des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) und nicht mehr wie bisher im Rahmen des Bundesmantelvertrages, § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

KBV

Die KBV hält die Änderung verfahrenstechnisch für sachgerecht. Denn die Punktzahlbewertungen der ärztlichen Leistungen können auch immer im unmittelbaren Zusammenhang mit den Sachkostenpauschalen (z. B. Dialysesachkosten) stehen. Darüber hinaus stellt die Änderung eine Verfahrensvereinfachung dar, da unmittelbar Sachkostenregelungen, die oftmals schon im Bewertungsausschuss beraten werden, nicht in ein zusätzliches Beschlussverfahren der Partner der Bundesmantelverträge gegeben werden müssen, sondern gleich vom Bewertungsausschuss mitbeschlossen werden.

Nr. 34 b) aa) - (§ 87) Kontinuierliche Anpassung des EBM auf der Grundlage betriebswirtschaftlicher Daten zur Förderung der Honorargerechtigkeit

§ 87 Abs. 2 Satz 3 SGB V stellt klar, dass die Bewertungen des EBM kontinuierlich in bestimmten Zeitabständen auf der Grundlage von betriebswirtschaftlichen Daten der vertragsärztlichen Leistungserbringer, die in sachgerechten Stichproben gewonnen werden, anzupassen sind. Dies soll der Honorargerechtigkeit zwischen den und innerhalb der Arztgruppen sowie zur Vermeidung von ökonomischen Fehlanreizen dienen.

KBV

Die Überprüfung der betriebswirtschaftlichen Basis ist nach Implementierung des Standardbewertungssystems eine notwendige Folge und dementsprechend derzeit in der Diskussion zwischen den Vertragspartnern des Bewertungsausschusses. Die Fokussierung der Änderung auf die wirtschaftlichen Aspekte der Kalkulation ärztlicher Leistungen ist nicht ausreichend. Auch die angemessene Vergütung des ärztlichen Anteils ist ein ebenso gleichwertig zu berücksichtigender Aspekt und bei Aufnahme der Änderung zu ergänzen.

Änderungsvorschlag der KBV

In § 87 Abs. 2 Satz 3:

In Satz 3 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „und die Überprüfung der Aspekte nach Satz 2“ sowie nach den Wörtern „unter Berücksichtigung“ die Wörter „einer angemessenen Vergütung des ärztlichen Leistungsanteils und“ eingefügt und die Wörter „betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln“ durch die Wörter „in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen“ ersetzt.

Nr. 34 c) aa) - (§ 87) MRSA-Vereinbarung in den EBM

Der EBM ist um die Leistungen für die Behandlung von MRSA zu ergänzen.

KBV

Die KBV hält die Neuregelung für sachgerecht. Denn die Herausnahme der Fristen für die Aufnahme der bisherigen MRSA-Vereinbarung ist aufgrund der Erledigung herauszunehmen und darüber hinaus das Gesetz an bereits geschaffene Tatbestände, dass der EBM einen entsprechenden Abschnitt enthält, angepasst worden.

Nr. 34 c) dd) d) und e) - (§ 87) Weiterentwicklung und angemessene Bewertung der im Bundesmantelvertrag festgelegten delegationsfähigen ärztlichen Leistungen im EBM

Mit der Regelung in einem neuen Satz 8 in § 87 Abs. 2a SGB V wird der Bewertungsausschuss beauftragt, im EBM flächendeckend eine versorgungsgerechte Vergütung von delegationsfähigen Leistungen vorzusehen, die nicht mehr ausschließlich für den hausärztlichen

Versorgungsbereich gelten soll. Der EBM soll demnach eigene Gebührenordnungspositionen für alle in der Vereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrages gemäß § 28 Abs. 1 Satz 3 enthaltenen Leistungen vorsehen, die von den qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten erbracht werden. In Bezug auf die Vergütung dieser Leistungen liegt der Fokus in der Begründung dieser gesetzlichen Änderung auf dem Aspekt einer qualitätsorientierten und wirtschaftlichen Leistungserbringung.

Die hiernach delegierten Leistungen sind dem insoweit von der persönlichen Leistungserbringung entlasteten Arzt als eigene Leistungen zuzurechnen. Die (Gesamt-)Verantwortung für Diagnostik und Therapie soll beim Arzt verbleiben.

KBV

Die KBV lehnt die Neuregelung ab. Denn vor dem Hintergrund, dass mit der Vereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrages nach § 28 Abs. 1 Satz 3 ein beispielhafter Katalog der delegationsfähigen Leistungen vorliegt und im Standardbewertungssystem die Delegation bei diesen Leistungen und darüber hinaus bei allen Regelungen eine Delegation berücksichtigt werden kann, ist die im Referentenentwurf vorgesehene gesetzliche Änderung überflüssig. Sie zielt darauf, die delegierten Tätigkeiten von der ärztlichen Leistung zu separieren und damit einer niedrigeren Bewertung der Leistungen, da sie nicht von Ärzten durchgeführt werden, zugänglich zu machen.

Nr. 34 h) - (§ 87) Anrufung des Erweiterten Bewertungsausschusses

Die Einschränkung der Befugnis des Erweiterten Bewertungsausschusses auf Sachverhalte zum EBM wird an die faktischen Gegebenheiten angepasst.

KBV

Die KBV befürwortet die Neuregelung. Denn der Erweiterte Bewertungsausschuss wird schon jetzt zu allen durch den Bewertungsausschuss zu entscheidenden Vorgängen angerufen. So zum Beispiel auch zu den Beschlüssen des Bewertungsausschusses zur Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs. Insoweit ist die Aufhebung der Einschränkung folgerichtig.

Nr. 34 i) - (§ 87) Ausweitung der Frist für Beschlüsse des Bewertungsausschusses auf der Grundlage von Beschlüssen des G-BA

Der Vorschlag zur Aufnahme des § 87 Abs. 5b SGB V (neu) greift den kürzlich durch den Bewertungsausschuss vorgenommenen Beschluss zur Beschleunigung der Aufnahme von Gebührenordnungspositionen auf der Basis von Beschlüssen des G-BA auf. Hier hatte der Bewertungsausschuss sich selbst eine Frist von drei Monaten nach Inkrafttreten eines Beschlusses des G-BA gesetzt. Mit der Änderung des SGB V an dieser Stelle wird diese Frist aufgegriffen und auf sechs Monate ausgeweitet, da einerseits damit eine Berücksichtigung der Beschlüsse des ergänzten Bewertungsausschusses zur ASV aufgegriffen wird und darüber hinaus der Gesetzgeber verlangt, dass gleichzeitig Vereinbarungen zur Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 2 in Kraft treten sollen. Für bisher durch den Bewertungsausschuss nicht umgesetzte G-BA-Beschlüsse wird vorgegeben, dass die Frist nach dem Inkrafttreten dieser Regelung in Höhe von sechs Monaten mit diesem Tag beginnt. Das bedeutet zum Beispiel, dass für die Positronenemissionstomographie sechs Monate nach Inkrafttreten der neuen gesetzlichen Vorgabe eine EBM-Position geschaffen sein muss. Für den Fall der Überschreitung der gesetzlichen Frist erwächst die aufsichtsrechtliche Möglichkeit, für das BMG im Wege einer Ersatzvornahme eine entsprechende Regelung im EBM festzusetzen.

KBV

Die KBV lehnt die Neuregelung ab. Denn vor dem Hintergrund, dass der Bewertungsausschuss im Hinblick auf seine zu langen Beratungszeiten bereits gehandelt und einen entsprechenden Beschluss festgelegt hat, ist der Eingriff des Gesetzgebers mit den zusätzlichen Maßnahmen zu weitgehend. Im Einzelfall müssen der Bewertungsausschuss bzw. der G-BA Qualitätssicherung ihre sich selbst gesetzte Frist auch überschreiten dürfen, um die komplexen Regelungen ausführlich beraten und festlegen zu können. Insbesondere entfällt mit der gesetzlichen Vorgabe einer Frist, die bisherige zusätzliche Fristsetzung des BMG um eine Ersatzvornahme durchführen zu können. Dies setzt die Schwelle für eine Ersatzvornahme niedriger und stellt insoweit einen zu weitgehenden Eingriff in die Kompetenz des Bewertungsausschusses durch das BMG dar.

Nr. 35 - (§ 87 a SGB V) Veränderung des Behandlungsbedarfs

§ 87a Abs. 4 betrifft die Veränderung des Behandlungsbedarfs als Grundlage der Bemessung der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung (MGV). § 87a Abs. 4 Sätze 3 und 4 lauten bisher wie folgt:

„... Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ist auf der Grundlage der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Abs. 1 Satz 2 einerseits sowie auf der Grundlage demografischer Kriterien (Alter und Geschlecht) andererseits durch eine gewichtete Zusammenfassung der vom Bewertungsausschuss als Empfehlungen nach Absatz 5 Sätze 2 bis 4 mitgeteilten Raten zu vereinbaren. Falls erforderlich, können weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden.“

Das BSG hat in seinem Revisionsurteil vom 13.08.2014 (B 6 KA 6/14 R), welches Schiedssprüche des Landesschiedsamts Sachsen-Anhalt zur Festsetzung der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in Sachsen-Anhalt für das Jahr 2013 betrifft, zu den vorgenannten Vorschriften u.a. Folgendes ausgeführt (vgl. Rz. 46):

„...In Anwendung dieser Regelung [Anm.: gemeint ist § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V] würde sich der Spielraum der Vertragspartner bezogen auf die Vereinbarung der Veränderung der Morbiditätsstruktur der Versicherten auf die zusammenfassende Gewichtung der beiden mitgeteilten Veränderungsdaten beschränken. ... § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V erweitert vor diesem Hintergrund den Verhandlungsspielraum der Vertragspartner und damit auch des Schiedsamtes, indem er "falls erforderlich" die Heranziehung weiterer "relevanter" Morbiditätskriterien zulässt. Dies ändert jedoch nichts daran, dass auch diese weiteren Kriterien lediglich in die nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2, Satz 3 SGB V zu vereinbarende Änderung des Behandlungsbedarfs einfließen und nicht zur Grundlage einer Neubestimmung gemacht werden können. Damit übereinstimmend wird in der Gesetzesbegründung ... ausgeführt, dass Satz 4 den Vertragspartnern die Möglichkeit gebe, weitere "für die Vereinbarung der Veränderung des ambulanten Behandlungsbedarfs" relevante Morbiditätskriterien zu berücksichtigen. ...“

In Rz. 47 des Urteils führt das BSG u.a. noch aus:

„ ... Aus der Formulierung in Satz 4, nach der "weitere" Kriterien herangezogen werden können, folgt ferner, dass diese nur neben den Kriterien, deren Berücksichtigung Satz 3 verbindlich vorschreibt, in die vorzunehmende gewichtete Zusammenfassung einbezogen werden können. ...“

Die Erwägungen des BSG stützen sich vor allem auf die Begründung der durch das GKV-VStG eingeführten Neufassung des Satzes 4. Diese Begründung steht indessen im Widerspruch zum Wortlaut, der für eine weitergehende Interpretation spricht. Diese Diskrepanz bedarf einer Klarstellung in der vorgeschlagenen Weise durch eine Präzisierung des Wortlauts.

Anzumerken ist, dass insoweit auch der im Regierungsentwurf zu § 87a vorgesehene neue Absatz 4a (vgl. Art. 1 Nr. 35 Buchst. b) keine Lösung bietet, da er sich auf eine einmalige Öffnungsklausel für eine Neubestimmung der Gesamtvergütung ohne Anknüpfung an die Vorjahresbasis beschränkt, also nur eine zeitliche Dimension der Gesamtvergütungs Bemessung enthält. Die notwendige materielle qualitative Bemessungsgrundlage, wie sie mit dem neuen Satz 4 vorgeschlagen wird, fehlt hier.

Änderungsvorschlag der KBV

§ 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V (neu)

„Falls erforderlich, können für eine zusätzliche Weiterentwicklung des Behandlungsbedarfs weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien auch außerhalb der Gewichtung nach Satz 3 herangezogen werden.“

Nr. 35 a) - (§ 87a) Verlängerung der Evaluationsfrist der Verträge nach § 119b

Mit den Regelungen zur besonderen Formen der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen (§ 119b) wurde auch geregelt, dass bis Ende 2016 eine Evaluation der geschlossenen Verträge erfolgen solle.

KBV

Die KBV begrüßt die Regelung. Die Förderungsmöglichkeit des § 87a SGB V ist an die Voraussetzung der bundesmantelvertraglichen Vereinbarung und einer gesamtvertraglichen Umsetzung gebunden sowie ggf. an den Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen einzelnen Vertragsärzten und Pflegeheimen. Aufgrund der Komplexität der Regelung und der damit verbundenen Verhandlungen auf den unterschiedlichen Ebenen benötigen diese Umsetzungswege Zeit. Die Verschiebung von einem Jahr, wie im Gesetzesentwurf vorgesehen, ist damit sachgerecht.

Nr. 35 b) - (§ 87a) Vereinbarung einer basiswirksamen Erhöhung des für das Jahr 2015 angepassten Aufsatzwertes (§ 87a Abs. 4a - neu -)

Der neue Absatz 4a stellt eine an mehrere Bedingungen gebundene gesetzliche Grundlage für Verhandlungen der Gesamtvertragspartner für eine mit Wirkung ab dem 01.01.2016 einmalige basiswirksame Erhöhung des nach Absatz 4 Satz 1 für das Jahr 2015 angepassten Aufsatzwertes in den KV-Bezirken dar.

Die wesentlichen Bedingungen sind:

- Verhandlungsvoraussetzung: Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV für das Jahr 2013 unterschreitet den Bundesdurchschnitt der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten für das Jahr 2013.
- Nachweispflicht: Nachweis der KV, ob und in welchem Umfang der Aufsatzwert im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig war.
- Ergebnisbegrenzung: Die Begrenzung, dass die gegebenenfalls vereinbarte Erhöhung des Aufsatzwertes einschließlich der Bereinigungen auf die für das Jahr 2013 berechnete durchschnittliche an alle KVen im Bundesgebiet einschließlich der Bereinigung entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten nicht übersteigt.

KBV

Die Einführung des Absatz 4a stellt die bedeutsame Reaktion des Gesetzgebers auf das Urteil des Bundessozialgerichts (AZ: B 6 KA 6/14 R) vom 13.08.2014 dar, nach der es für die Bestimmung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs je Versicherten ohne Bezug auf die Vorjahresbasis keine gesetzliche Grundlage gibt.

Dem Regierungsentwurf muss anerkennend zu Gute gehalten werden, dass er versucht, durch die Einführung des Absatzes 4a einen zusätzlichen Verhandlungsspielraum für in einzelnen KVen bestehende Vergütungssituationen insoweit zu eröffnen, in denen der bisher vereinbarte, historisch bedingte, Behandlungsbedarf je Versicherten im KV-Bezirk den erwarteten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf deutlich unterschreitet.

Dabei ließe sich der erwartete morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf aus der Zugrundelegung der bundesdurchschnittlichen Mengen abgerechneter, sachlich-rechnerisch richtiggestellter morbiditätsbedingte Leistungen in Verbindung mit dem geltenden Modell gemäß Absatz 5 Satz 4 und Satz 6 für das Jahr 2013 durch das InBA und durch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses verfügbare Datengrundlage bestimmen. Aus diesem Grund sollten die Berechnungen durch den Bewertungsausschuss durchgeführt und mitgeteilt werden.

Dass der Referentenentwurf jedoch als Bedingung für die Verhandlungsmöglichkeit die Unterschreitung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten im KV-Bezirk relativ zur bundesdurchschnittlichen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten festlegt, erscheint zunächst zwar methodisch vergleichsweise einfacher, ist allerdings unwirksam in jenen Konstellationen, in denen die Höhe des bisher vereinbarten, historisch bedingten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs eines KV-Bezirks leicht über dem Bundesdurchschnitt des vereinbarten Behandlungsbedarfs liegt, aber zugleich den – aufgrund der überdurchschnittlichen Morbidität der Versicherten des KV-Bezirks – erwarteten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf noch immer deutlich unterschreitet.

Zugleich droht im Referentenentwurf durch den Bezug auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten, einem Produkt aus Mengen- und Preisgröße, eine Vermischung von Preis- und Mengenkomponten bei der sachgerechten Niveaubestimmung des vereinbarten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs als Mengengröße bzw. einer basiswirksamen Korrektur der Aufsatzwerte der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für 2013.

In gleicher Weise führt deshalb auch die vom Gesetzgeber genannte Bedingung der Begrenzung eines gegebenenfalls vereinbarten einmaligen Anstiegs auf den Bundesdurchschnitt der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten zu einer systematisch verkürzten Berücksichtigung des erwarteten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs als notwendigem Behandlungsbedarf gemäß Absatz 3 Satz 2. Bei deutlich überdurchschnittlicher Morbiditätslast in einem KV-Bezirk ist eine Begrenzung der Anhebung auf den Bundesdurchschnitt der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten offenkundig nicht sachgerecht. Dagegen wäre die Begrenzung der Anhebung des bisher vereinbarten Behandlungsbedarfs bis auf den Bundesdurchschnitt sachgerecht, solange auch der erwartete morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf – als Ausdruck der Morbiditätslast – unter dem Bundesdurchschnitt läge.

Die KBV regt daher an, den Entwurf der Regelung entsprechend anzupassen und auf die bundesdurchschnittliche Inanspruchnahme von Leistungen der MGV nach Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstandardisierung, die sich mit dem geltenden Modell des Bewertungsausschusses ergibt, abzustellen. Hierdurch wird auf eine gleichwertige Versorgung der Bevölkerung hingewirkt. Außerdem gibt der Bewertungsausschuss das geltende Modell vor und sollte daher die Berechnungen durchführen, wobei er vom InBA unterstützt wird.

Änderungsvorschlag der KBV

§ 87a Abs. 4a neu:

„Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2016 ist eine einmalige basiswirksame Erhöhung des nach Absatz 4 Satz 1 für das Jahr 2015 angepassten Aufsatzwertes in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 im Jahr 2015 vorzunehmen, wenn die jeweils für das Jahr 2013 und jeweils einschließlich der Bereinigungen zu berechnende durchschnittli-

che an die entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung die durchschnittliche an alle Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten nach jeweiliger Morbiditätsgewichtung unterschreitet. Die Berechnungen nach Satz 1 werden durch den Bewertungsausschuss durchgeführt. Er teilt den Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1, dem Bundesministerium für Gesundheit und sowie den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder das Ergebnis bis spätestens zum 15. September 2015 mit. Eine einmalige basiswirksame Erhöhung des Aufsatzwertes ist nur dann zu vereinbaren, wenn in den Verhandlungen nach Satz 1 festgestellt wird, dass der Aufsatzwert im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig war. Der Aufsatzwert ist in dem Umfang zu erhöhen, wie der Aufsatzwert im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig war. Die Erhöhung erfolgt um einen im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für alle Krankenkassen einheitlichen Faktor. Die vereinbarte Erhöhung kann auch schrittweise über mehrere Jahre verteilt werden. Die zusätzlichen Mittel sind zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten einzusetzen. Umverteilungen zu Lasten anderer Kassenärztlicher Vereinigungen sind auszuschließen.“

Begründung:

Die Einführung des Absatz 4a ist als Reaktion auf das Urteil des Bundessozialgerichts (AZ: B 6 KA 6/14 R) vom 13.08.2013 zu verstehen. Die Einführung zielt ausweislich der Begründung darauf ab, den Gesamtvertragspartnern in den Regionen eine gesetzliche Grundlage für eine einmalige Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu geben, in denen die Aufsatzwerte für den notwendigen Behandlungsbedarf im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig, d. h. nicht sachgerecht waren.

Die Angemessenheit des notwendigen Behandlungsbedarfs ist sachgerecht nur nach Berücksichtigung der Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur der Versicherten zu beurteilen, so wie dies in der Grundnorm in § 87a Abs. 3 SGB V auch gefordert wird. Eine Orientierung an der morbiditätsgewichteten bundesdurchschnittlichen Leistungsmenge ist insoweit sachgerecht, als hierdurch auf eine gleichwertige vertragsärztliche Versorgung der Bevölkerung hingewirkt wird. Eine Orientierung am Durchschnitt ohne Morbiditätsgewichtung wäre hingegen inhaltlich verfehlt. Zudem ist weiterhin die mit § 87a SGB V eingeführte Trennung von Behandlungsbedarf (Mengenkomponente) und Orientierungswert (Preiskomponente) zu beachten, um eine ungerechtfertigte Honorarbudgetierung zu vermeiden.

Da der Bewertungsausschuss bereits alle Empfehlungen zur Veränderung der Morbiditätsstruktur der Versicherten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 beschließt, sollte auch die genaue Abstimmung zu den Berechnungen durch den Bewertungsausschuss mit Unterstützung durch das Institut nach § 87 Abs. 3 Satz 1 erfolgen.

Nr. 36 a) - (§ 87b) Zur Stärkung der Rolle des Hausarztes mindern die jeweils aus dem anderen Leistungsbereich erbrachten Leistungen der Haus- und Fachärzte zukünftig nicht mehr den jeweils anderen Teil der Gesamtvergütung.

Die gesetzliche Ergänzung bei der Trennung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Anteil gibt vor, dass von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachte hausärztliche Leistungen nicht aus dem Hausarzttopf und von hausärztlich tätigen Ärzten erbrachte fachärztliche Leistungen nicht aus dem Facharzttopf zu vergüten sind.

KBV

Die KBV lehnt diese Neuregelung ab. Zwar soll die Regelung ausweislich der Begründung zu diesem Änderungsentwurf eine gesetzliche Klarstellung in Bezug auf die Trennung der Vergütungen darstellen. Hinsichtlich der Verwendung der Mittel aus den jeweiligen Vergütungstö-

fen mag dies auch der Fall sein, ist aber per definitionem der Töpfe bereits eindeutig. Im Hinblick auf den Zuschnitt der Töpfe, der durch die Trennungsvorgaben zu bestimmen ist, lässt die Regelung alles offen. Der Verweis auf die Laborleistungen zeigt, dass der Hinweis auf eine Integration des bisher als eigenen Vergütungsbereich vorgesehenen Topfes in die versorgungsbereichsspezifischen Töpfe zu sehen ist. Hierbei wird aber offen gelassen, welche Anteile in den jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Topf einzugehen haben. Insoweit ist mit Bezug auf die Vorgaben zur Trennung die Regelung unklar und nicht zu begrüßen.

Darüber hinaus weist die Begründung auf eine Diskussion zu psychotherapeutischen Leistungen hin. Aufgrund der Ausdeklung dieses Bereiches ist dieser für die Trennung nicht mehr relevant. Hingegen müsste hier ein Verweis auf den neben den Laborleistungen eingerichteten Grundbetrag für den ärztlichen Bereitschaftsdienst erfolgen. Bisher ist im KBV-/KV-System die Diskussion lediglich zu den Laboruntersuchungen zu führen. Eine entsprechende Überprüfungsregelung ist in den KBV-Vorgaben enthalten. Zum ärztlichen Bereitschaftsdienst ist derzeit keine Diskussion zu führen, da im KV-System die Vergütung dieses Bereichs als gemeinsame haus- und fachärztliche Aufgabe anerkannt ist. Auch aus diesem Grund ist die Ergänzung im Gesetzentwurf eher verwirrend als klarstellend.

Nr. 36 b) - (§ 87b) Verbindliche Förderung von Praxisnetzen

Nach Einführung der Anerkennung von Praxisnetzen durch das GKV-VStG wird nun die verbindliche Förderung der anerkannten Praxisnetze durch „gesonderte Vergütungsregelungen“ vorgesehen und damit aus der Gesamtvergütung.

KBV

Die KBV lehnt die Neuregelung ab. Zwar sind Praxisnetze grundsätzlich als dezentrale wohnortnahe Strukturen geeignet, einen wichtigen Beitrag zur Versorgung, insbesondere in strukturschwachen Gebieten oder für besondere Versorgungserfordernisse, wie die Betreuung von Patienten in Pflegeeinrichtungen, zu leisten. Allerdings stellt die verpflichtende Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einen zu weiten gesetzlichen Eingriff in die Honorarverteilungskompetenz der KVen dar. Vor dem Hintergrund des zu fördernden Praxisnetzes und der regionalen Strukturen ist jeweils individuell zu beurteilen, ob überhaupt zusätzliche finanzielle Förderungen für Praxisnetze vor dem Hintergrund der Versorgungsstrukturen der jeweiligen Regionen notwendig sind. Diese Beurteilung kann nur durch die KV als Institution, die die Honorarverteilung durchzuführen hat, entschieden werden. Diese Kompetenz sollte dort fortbestehen. Soweit es bei der Neuregelung verbleiben sollte, wäre eine extrabudgetäre Förderung der Praxisnetze erforderlich.

Nr. 36 b), bb) - (§ 87b Abs. 2 Satz 5) Vergütung anästhesiologischer Leistungen

Durch die im Regierungsentwurf neu aufgenommene Formulierung in § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V wird vorgegeben, dass in den Honorarverteilungsmaßstäben der KVen anästhesiologische Leistungen im Rahmen von vertragszahnärztlichen Behandlungen bei bestimmten Patienten außerhalb von mengenbegrenzenden Maßnahmen zu vergüten sind.

KBV

Die Erfahrungen zeigen, dass jedwede Leistung, die in der Honorarverteilung ohne Mengenbegrenzung vergütet wird, eine Leistungsdynamik entwickelt. Der hierdurch gegebene Anreiz neigt dazu, die Grenzen der Abrechnungsmöglichkeiten sehr weit zu ziehen.

Anästhesiologische Leistungen im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen werden auf Veranlassung eines Vertragszahnarztes durchgeführt. Die Verantwortung für die Entwicklung der Anzahlen der anästhesiologischen Behandlungen liegt damit im vertragszahnärztlichen Bereich. Die Vergütung der anästhesiologischen Leistungen erfolgt hingegen aus dem vertragsärztlichen Bereich, für den mit der neu aufgenommenen Regelung in Satz 5

eine Reaktion auf unplausible Mengenentwicklungen nicht mehr gegeben ist. Die durch Vertragszahnärzte ausgelöste Dynamik geht daher zu Lasten der Vertragsärzte, die keine anästhesiologischen Leistungen durchführen.

Aus Sicht der KBV sollte die Verantwortung für die Veranlassung sowie die Finanzierung in einem Bereich zusammengefasst werden. Aus diesem Grund wäre ein Konstrukt zu wählen, nach dem die vertragszahnärztlichen Vergütungen mit den anästhesiologischen Vergütungen zusammengeführt werden. Vor dem Hintergrund der starren Sektionierung der Bereiche ist eine doppelte Zulassung von Anästhesisten derzeit nicht vorgesehen und denkbar.

Im EBM ist die Abrechnung anästhesiologischer Leistungen im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen für bestimmte Patienten bereits geregelt. Eine darüber hinausgehende Vorgabe der Vergütung dieser Leistungen im Rahmen der Honorarverteilung widerspricht dem im SGB V niedergelegten Grundsatz, dass die für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehende Gesamtvergütung auch nur dort unmittelbar oder auf Veranlassung aus dem eigenen Sektor aufgebraucht werden kann.

Die KBV lehnt daher die Aufnahme des Satzes 5 in § 87b Abs. 2 SGB V ab.

Nr. 36 c) - (§ 87b) Veröffentlichung der Informationen über Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabes durch die KVen

Die KV hat nach § 87b Abs. 3 Satz 3 (neu) SGB V einmal jährlich in geeigneter Form Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabes zu veröffentlichen.

KBV

Die KBV hält die Regelung für sachgerecht. Denn die Begründung dieser gesetzlichen Regelung stellt vornehmlich auf eine Transparenz zum Vorgehen bei der Honorarverteilung ab. Offenbar steht der Gesetzgeber den unterschiedlichen Vorgehensweisen bei der Honorarverteilung skeptisch gegenüber. Die KBV hat daher Verständnis dafür, dass aus Gründen der Transparenz auf dieser globalen Stufe für die Gestaltung der Honorarverteilung entsprechende Ziele und Grundsätze dargestellt werden, zumal die Kompetenz zur Honorarverteilung erst kürzlich wieder auf die KVen in Gänze übertragen worden ist.

Nr. 36 d) - (§ 87b) Vorgaben der KBV für die Bereinigung im Rahmen der Honorarverteilung

Mit der Ergänzung wird die KBV beauftragt, zu der Bereinigung im Rahmen der Honorarverteilung aufgrund von Selektivverträgen oder der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, entsprechende Vorgaben zu machen.

KBV

Die KBV lehnt die Vorschrift ab. Denn aufgrund der seit der Übertragung der Honorarverteilungskompetenz auf die KVen unterschiedlichen Entwicklung in den Honorarverteilungsinstrumenten ist eine Vorgabe zur Bereinigung dieser unterschiedlichen Honorarverteilungsmaßstäbe auf der Bundesebene nicht stringent möglich. Darüber hinaus ist eine entsprechende Regelung überflüssig, da bereits jetzt die KBV bei den Bereinigungsverfahren eine Plattform zum Austausch zwischen den KVen zur Verfügung stellt, um unterschiedliche Vorgehensweisen zu diskutieren.

Die mit dem Regierungsentwurf vorgelegte Ergänzung sowohl im Gesetzestext (Nr. 36d) als auch in den Ausführungen zur Erläuterung der gesetzlichen Änderungen ändert die Position der KBV nicht. Die Ergänzung in der gesetzlichen Begründung enthält ausschließlich die Per-

spektive einer Benachteiligung von Ärzten, die an Selektivverträgen teilnehmen. Gleichermaßen sind Beispiele für Benachteiligungen von Ärzten, die ausschließlich am Kollektivvertrag teilnehmen, zu konstruieren. Ein Vertragsarzt, der nicht an einem Selektivvertrag teilnimmt, aber im Kollektivvertrag zusätzliche Patienten behandelt oder nichts ändert, kann von einer Bereinigung nicht betroffen sein. Insoweit wäre ein Ausschluss dieser Ärzte von der Bereinigung zu finden. In der gesetzlichen Begründung ist es nicht hilfreich, aus einer Perspektive anhand eines Beispiels die komplexe Materie der Bereinigung der Honorarverteilung zu thematisieren.

Nr. 37 - (§ 90) Ausweitung der Prüfung durch das Landesministerium auf die Entsperrung von Planungsbereichen durch den Landesausschuss

Künftig werden die Entscheidungen zur Entsperrung von Planungsbereichen durch den Landesausschuss den zuständigen Landesbehörden vorgelegt, die diese innerhalb von zwei Monaten beanstanden können.

KBV

Die KBV lehnt die Neuregelung ab, weil der Einfluss der Landespolitik und -verwaltung auf die Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung stärker ausgeweitet wird. Damit wird die Rolle der gemeinsamen Selbstverwaltung bei der Sicherstellung auf regionaler Ebene weiter entwertet. Der Prüfvorbehalt zur Entsperrung von Planungsbereichen führt zu einer weiteren Verkomplizierung der entsprechenden Verwaltungsabläufe, da eine Entsperrung somit erst zwei Monate nach Beschluss des Landesausschusses Wirkung entfalten kann.

Nr. 39 a) - (§ 92 Abs. 6a) Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien durch den G-BA

Der G-BA wird beauftragt, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten. Konkrete Vorgaben zur Flexibilisierung des Therapieangebotes sind: Einführung einer Sprechstunde; Förderung von Gruppentherapie; Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Für die Umsetzung wird dem G-BA eine Frist bis zum 30.06.2016 gesetzt. In der Gesetzesbegründung wird vorgeschlagen, zu prüfen, ob Kurzzeit- und Gruppentherapie generell vom Antrags- und Gutachterverfahren zu befreien sind oder dieses durch ein einfaches Anzeigeverfahren ersetzt werden kann. Darüber hinaus soll der G-BA auch die Höchstgrenzen der Kontingente in der Psychotherapie-Richtlinie überprüfen.

KBV

Die KBV begrüßt die vorgeschlagene Änderung der Psychotherapie-Richtlinie grundsätzlich und weist darauf hin, dass der zuständige Unterausschuss im G-BA bereits mit der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie im vom Gesetzgeber nunmehr beabsichtigten Sinne begonnen hat. Die KBV schlägt darüber hinaus eine weitere Konkretisierung der gesetzlichen Vorschrift um zusätzliche Elemente der Flexibilisierung des Therapieangebotes vor. Hierzu gehören Angebote in Form einer frühzeitigen diagnostischen Abklärung, Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe, um einen zeitnahen Zugang sowie erforderlichenfalls eine optimierte Behandlung für chronisch kranke Patienten zu gewährleisten.

Die Frage der in der Gesetzesbegründung vorgeschlagenen Anzeigenpflicht für Kurzzeittherapie und Gruppentherapie wird kritisch gesehen, da die Psychotherapeuten durch Wegfall der Genehmigungspflicht dem Risiko der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgesetzt würden und damit das vom Gesetzgeber avisierte Ziel der Flexibilisierung sowie der Verbesserung des Zugangs zu einer zeitnahen Versorgung konterkariert würde. Die Überprüfung der Höchstgrenzen der Kontingente bis zum 30.06.2016 ist abzulehnen; diese kann erst nach Abschluss der Prüfung der Richtlinienverfahren vorgenommen werden, da es vorher gar keine Begründungen dafür geben würde. Diese Prüfung wird jedoch bis zum 30.06.2016 noch nicht abgeschlossen sein.

Änderungsvorschlag der KBV

a) In § 92 Abs. 6a wird Satz 3 wie folgt neu gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Errichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der diagnostischen Abklärung, der Akutversorgung, von Gruppentherapien, der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“

b) Streichung des Prüfauftrages

Zur Befreiung vom Antragsverfahren oder zur Einführung eines einfachen Anzeigeverfahrens in der Gesetzesbegründung (S. 126).

Nr. 40 - (§ 92a und § 92b) Innovationsfonds

Vorgesehen ist die Einführung eines Sondervermögens zur Finanzierung von Innovationen. Der G-BA kann damit neue Versorgungsformen mit Potential der Überführung in die Regelversorgung sowie Versorgungsforschung fördern. Im Rahmen der Versorgungsforschung können auch Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und Evaluation der Richtlinien des G-BA verwendet werden. Der G-BA legt die allgemeinen Zielsetzungen wie Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz, Sektorenübergreifend sowie die förderungsfähigen Kosten fest. Ferner wird der Kreis der möglichen Antragssteller definiert.

KBV

Nach jahrelangem Festhalten am Wettbewerb als Instrument zur Identifikation von Innovationen war zunächst hier erstmalig im Referentenentwurf ein Sondervermögen geplant, das gezielt für die Förderung von Innovationen in der Regelversorgung vorgesehen wird. Der Kabinettsentwurf hat nun die Übertragbarkeit der Mittel von Jahr zu Jahr zurückgenommen. Damit steht zu befürchten, dass der Anreiz sich für Kassen reduziert hat, über innovative, versorgungsorientierten Verträge von diesen Mitteln zu profitieren. Bereits die Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung hat gezeigt, dass oftmals Mittel jahresbezogen nicht ausgeschöpft werden.

Dennoch wird es künftig möglich sein, auch für Themenstellungen, die für Krankenkassen unattraktiv sind (z. B. echte Versorgungsthemen), Finanzierungsmöglichkeiten zu eröffnen. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Im Rahmen der Vertragswerkstatt sowie der AG Vertragskoordination werden durch die KBV heute im umschriebenen Maße Versorgungsinnovationen auf dem Wege des Selektivvertrages umgesetzt, wobei die KBV bzw. die AG Vertragskoordination bisher auf Schwierigkeiten im Hinblick auf mögliche Vertragspartner stößt, sofern es um „echte“ Versorgungsthemen geht.

Die Aufzählung der Förderkriterien ist sachgerecht. Die weitere Beschreibung der Förderungsfähigkeit lässt mit der Formulierung „im Grunde nach“ Interpretationsspielraum, so dass auf diese Formulierung verzichtet werden sollte. Auch wenn die Priorität der Förderung von Koordinationsleistungen berechtigt sein mag, sind hier gerade auch Krankenbehandlungskosten denkbar, die eben nicht Gegenstand des EBM oder anderer Vergütungssysteme sind. Dies sollte klargestellt werden.

Der Kreis der Antragsteller in Satz 5 sollte um die KBV erweitert werden, da hier auch bundesweite Vorhaben gefördert werden sollten und auch die Krankenkassen mit ihren Verbänden vertreten sind. Die Aufnahme der pharmazeutischen Unternehmen und Medizinprodukte-

hersteller in den Kreis der Antragsteller wird mit Blick auf die als äußerst positiv zu bewertende Versorgungsorientierung des Innovationsfonds abgelehnt.

Die Beteiligung einer Krankenkasse bei der Antragstellung ist zu begrüßen. Allerdings ist zu überlegen, im Text oder der Begründung klarzustellen, dass auch Förderungen außerhalb des selektivvertraglichen Handlungsspektrums ohne Krankenkassen als Vertragspartner förderungsfähig sind, sofern sich diese Vorhaben des Rahmens der Handlungsmöglichkeiten des SGB V bedient. In diesem Zusammenhang könnte ebenfalls darauf hingewiesen werden, dass hier auch gesamtvertragliche Regelungen oder andere Projekte, die kassenartenübergreifend gemeinsam auf den Weg gebracht werden, im Sinne der Versorgung gefördert werden können.

Die umfangreiche Förderung der Versorgungsforschung im Absatz 2 ist grundsätzlich zu begrüßen. Auch die Möglichkeit zur wissenschaftlichen Evaluation bestehender Selektivverträge und der Richtlinien des G-BA erscheint sinnvoll, da diese bisher selten in strukturierter Weise untersucht wurden.

Der G-BA erscheint als Institution geeignet, die Vergabe von Forschungsmitteln so zu organisieren, dass anschließend auf den Ergebnissen basierende Entscheidungen für die Regelversorgung getroffen werden können. Fehlende Daten zur Versorgungsforschung waren in der Vergangenheit häufig ein Hinderungsgrund für solche Entscheidungen.

Vorgesehen ist die Einführung eines Sondervermögens zur Finanzierung von Innovationen. Der G-BA kann damit neue Versorgungsformen mit Potential der Überführung in die Regelversorgung sowie Versorgungsforschung fördern. Im Rahmen der Versorgungsforschung können auch Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und Evaluation der Richtlinien des G-BA verwendet werden. Der G-BA legt die allgemeinen Zielsetzungen wie Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz, Sektorenübergreifend sowie die förderungsfähigen Kosten fest. Ferner wird der Kreis der möglichen Antragsteller definiert.

Änderungsvorschläge der KBV

a) In § 92 a Abs. 1 Satz 3

Soll „im Grunde nach“ gestrichen werden.

b) § 92a Abs. 1 Satz 5

Soll nach „en“ „sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung“ eingefügt werden.

c) § 92a Abs. 1 Satz 5

Streichung: „pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes“.

d) § 92a Abs. 3 Satz 5

Streichung: „sind entsprechend Abs. 4 Satz 1 anteilig an den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die Krankenkassen zurückzuführen.“

e) Einfügen: „können in das Folgejahr übertragen werden“.

Zu § 92b: Innovationsausschuss

In § 92b werden die wesentlichen Vorgaben zur Errichtung des Innovationsausschusses beim G-BA zur neu einzurichtenden Geschäftsstelle des Innovationsausschusses sowie zu den

weiteren Verfahren des Innovationsausschusses nebst den entsprechenden Ermächtigungsgrundlagen für das Vorgehen des Innovationsausschusses und der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses gemacht.

In Absatz 1 wird dabei die Einrichtung eines Innovationsausschusses bis zum 01.01.2016 beim G-BA geregelt. Mitglieder des Innovationsausschusses sollen drei Vertreter des GKV-SV, zwei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und ein Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, jeweils ein Vertreter von DKG, KBV und KZBV sowie der unparteiische Vorsitzende des G-BA sein. Weiterhin ist ein Mitberatungs- und Antragsrecht der Patientenvertretung vorgegeben.

In Absatz 2 ist die Förderbekanntmachung geregelt. Weiterhin wird vorgegeben, dass der Innovationsausschuss auf der Grundlage der Förderbekanntmachung ein Interessenbekundungsverfahren durchführt und über die eingegangenen Anträge entscheidet. Ebenfalls vorgegeben wird die Entscheidung über die Mittelverwendung über Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und Evaluation von Richtlinien des G-BA. Auch das Abstimmungsverfahren wird insofern vorgegeben, als dass für eine Entscheidung eine Mehrheit von sieben Stimmen geregelt wird. Weiterhin ist eine Ermächtigungsgrundlage zum Erlass einer Geschäfts- und Verfahrensordnung normiert, in der insbesondere auch die Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle geregelt ist.

In Absatz 3 wird die Errichtung einer Geschäftsstelle des Innovationsausschusses beim G-BA geregelt. Hinsichtlich der hierfür erforderlichen Haushaltsmittel ist zwar in Absatz 3 nichts Unmittelbares enthalten, jedoch ergibt sich aus der Gesetzesbegründung, dass die hierfür erforderlichen Mittel ebenfalls aus dem Innovationsfonds stammen soll.

In Absatz 4 wird zuletzt ein fachliches Weisungsrecht des Innovationsausschusses über die Geschäftsstelle sowie ein disziplinarisches Weisungsrecht des unparteiischen Vorsitzenden des G-BA gegenüber der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses geregelt. Weiterhin werden die konkreten Aufgaben der Geschäftsstelle vorgegeben, die insbesondere im Rahmen der Förderbekanntmachung, der Durchführung der fachlichen Begutachtung, der Einholung von Zweitgutachten, insbesondere auch unter Beteiligung des IQWiG nach § 139a oder des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz nach § 137a, der Erlass von Förderbescheiden, sowie die Veranlassung der Auszahlung der Fördermittel durch das BVA und die Prüfung der ordnungsgemäßen Verwendung der Fördermittel geregelt sind.

In Absatz 5 wird zur Einbringung wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverständs ein Expertenbeirat eingerichtet, der vom BMG berufen wird.

KBV

Grundsätzlich ist die Einrichtung sowohl eines Innovationsfonds als auch eines Innovationsausschusses zu begrüßen. Rechtlich schwierig demgegenüber ist die Zusammensetzung des Innovationsausschusses. Hierbei ist vor allem anzumerken, dass eine Regelung, die eine unmittelbare Beteiligung zweier Bundesministerien im Innovationsausschuss beinhaltet, eine substantielle Neuerung in der gemeinsamen Selbstverwaltung darstellt. In diesem Zusammenhang ebenfalls besonders kritisch ist zu würdigen, dass hinsichtlich der in Absatz 2 genannten Mehrheit eine Entscheidung alleine der „klassischen“ Selbstverwaltungspartner also von GKV-SV, DKG, KBV und KZBV keine hinreichende Mehrheit darstellt. Herauszustellen ist aus Sicht der KBV weiterhin, dass die Beteiligung der niedergelassenen Vertragsärzte im Innovationsausschuss mit lediglich einer Stimme als deutlich unterrepräsentiert anzusehen ist. Insofern stellt sich die Frage, ob diese Lösung nicht dem Grunde nach als selbstverwaltungsfeindlich anzusehen ist und einen Übergang hin zur direkten Einflussnahme der Politik auf Entscheidungen der Selbstverwaltung manifestiert.

Bezüglich der Regelungen zur Entscheidungskompetenz des Innovationsausschusses in Absatz 2 ist kritisch anzumerken, dass das für die Entscheidungsfindung notwendige Quorum wie bereits angemerkt nicht schon durch die Selbstverwaltung alleine erreicht werden kann. Sofern man die Entscheidungskompetenz über Förderkriterien sowie konkreter Förderentscheidungen nicht auf das Plenum des G-BA übertragen möchte, sollte wenigstens die Stimmverteilung auf Seiten der Selbstverwaltung entsprechend derjenigen im G-BA – fünf Stimmen auf Seiten des GKV-SV, fünf Stimmen auf Seiten der Leistungserbringer, zwei Stimmen BMG und BMBF sowie eine Stimme unparteiischer Vorsitzender – erfolgen. Damit könnte bei einem entsprechenden Quorum von wie im Regierungsentwurf vorgesehen, sieben Stimmen durch die Partner der Selbstverwaltung eine Entscheidung herbeigeführt werden.

Kritisch zu würdigen ist dem Grunde nach schon die Errichtung einer Geschäftsstelle des Innovationsausschusses. Damit wird letztendlich die Konstituierung einer Geschäftsstelle in der Geschäftsstelle (des G-BA) geregelt. Dies erscheint als eine wenig transparente Lösung und es erscheint unklar, aus welchen Gründen nicht die Geschäftsstelle des G-BA selbst für die genannten Aufgaben in der Lage sein sollte. Zur Unterstützung kann der Geschäftsstelle eine Vergabegruppe zur Seite gestellt werden, die dem Innovationsausschuss prioritäre Themen vorschlägt, Anträge gemäß der Verfahrensordnung auswählt und priorisiert sowie die Entscheidungen des Innovationsausschusses vorbereitet. Die Vergabegruppe ist entsprechend der Arbeitsgruppen der Unterausschüsse zu besetzen. Darüber hinaus ist in der Entwurfsbegründung zwar die Finanzierung dieser Geschäftsstelle bzw. der zusätzlichen Aufgaben aus den Mitteln des Innovationsfonds geregelt, jedoch fehlt, anders als etwa im Hinblick auf die Kosten des Bundesversicherungsamtes, eine ausdrückliche Regelung im Gesetz selbst. Hier sollte entsprechend nachgebessert werden.

Ebenfalls kritisch zu würdigen, ist im Sinne des vorgenannten die Aufteilung der Weisungsbefugnisse zwischen Innovationsausschuss und unparteiischem Vorsitzenden. Insbesondere im Hinblick auf den Erlass von Förderbescheiden liegen hier nicht unerhebliche Risiken im Hinblick auf die zu fordernde Hoheit des Innovationsausschusses.

Die Berufung eines Expertenbeirats durch das BMG ist zu begrüßen, um zu Entscheidungen des Innovationsausschusses sachdienliche Hinweise geben zu können. Auf die Unabhängigkeit des Gremiums ist zu achten, die Geschäftsführung sollte beim BMG angesiedelt werden.

Änderungsvorschläge der KBV

a) Änderung von § 92b Abs. 1 Satz 3:

„Dem Innovationsausschuss gehören fünf vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannte Mitglieder des Beschlussgremiums nach § 91 Abs. 2, jeweils zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannte Mitglieder und ein von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung benanntes Mitglied sowie der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und ein Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung an.“

b) Ersetzung des § 92b Abs. 2:

„Die Vorbereitung und Umsetzung der Entscheidungen des Innovationsausschusses sind der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses übertragen. Der personelle und sachliche Bedarf des Innovationsausschusses wird vom Innovationsausschuss bestimmt.“

c) Streichung von Abs. 4

Nr. 41 a) aa) - (§ 95) Medizinische Versorgungszentren (§ 95 Abs. 1 Satz 2) Streichung „fachübergreifend“

Mit der Streichung des Tatbestandsmerkmals „fachübergreifend“ in § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V können künftig auch arztgruppengleiche MVZ gegründet werden.

KBV

Die KBV hat keine Bedenken gegen arztgruppengleiche MVZ, soweit weiterhin die berufsrechtlich und gesellschaftsrechtlich zulässigen Kooperationsformen für die MVZ-Gründung, also insbesondere der Ausschluss einer die Freiberuflichkeit gefährdenden Fremdkapitalisierung, bestehen bleiben. Klarstellend sollte in der Gesetzesbegründung erwähnt werden, dass fachgruppengleiche MVZ aus Psychotherapeuten (Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) keiner ärztlichen Leitung bedürfen.

Nr. 41 b) aa) - (§ 95 Abs. 1a Satz 1) Gründung von MVZ durch Kommunen

Durch eine Ergänzung in § 95 Abs. 1a SGB V können Kommunen zukünftig MVZ auch in der öffentlich-rechtlichen Rechtsform eines Eigen- oder Regiebetriebs gründen.

KBV

Die KBV lehnt es ausdrücklich ab, den Kommunen die Möglichkeit einzuräumen, MVZ zu gründen. Denn mit dieser Gesetzesänderung wird der Subsidiaritätsgrundsatz verletzt, da Kommunen künftig ohne Abstimmung mit der eigentlich zuständigen staatlichen Institution (der KV) Versorgungseinrichtungen betreiben können und so steuernd in die Versorgung eingreifen. Die Kommunen als staatliche Akteure treten dabei auch in Konkurrenz zu möglichen privatrechtlichen Akteuren, denen sie gleichgestellt werden.

Die KBV sieht in dieser Neuregelung eine erneute willkürliche Ungleichbehandlung zu selbstständig praktizierenden Ärzten, deren Praxen allein schon bei nur rechnerischer Überversorgung in der entsprechenden Region in Falle etwa eines ruhestandsbedingten Ausscheidens obligatorisch „vom Netz genommen“ werden können, während Kommunen z. B. auf Grundlage von Sonderbedarf MVZ gründen dürfen. Darin erkennt die KBV ein eklatantes Beispiel einer Politik gegen die selbstständige, freiberufliche Niederlassung zugunsten staatlicher Versorgungsstrukturen.

Diese Neuregelung wird dazu führen, dass die Niederlassung Ärzten und Psychotherapeuten ein weiteres Mal systematisch unattraktiv gemacht wird. Zudem zeigen die bestehenden Erfahrungen mit der Gründung von kommunalen MVZ auf Basis des § 105 Abs. 5 SGB V in der KV Schleswig-Holstein, dass bereits auf Grundlage der bestehenden Regelungen tragfähige Versorgungslösungen unter Einbindung der kommunalen Träger erarbeitet werden können, ohne dass das Subsidiaritätsprinzip durchbrochen werden muss. Im Einklang mit dem Sicherstellungsauftrag der KVen und unter Berücksichtigung von für die Sicherstellung maßgeblichen Vorgaben können hier Kommunen in Abstimmung mit den KVen Verantwortung für die lokale Versorgung der Bevölkerung übernehmen. Weitergehende Regelungen sind hier nicht erforderlich.

Die Klarstellung in der Gesetzesbegründung, wonach die Genehmigung kommunaler MVZ von Zulassungsausschüssen auf der Grundlage der Bestimmungen der Bedarfsplanung ausgesprochen werden kann, wird von der KBV begrüßt.

Nr. 41 c) - (§ 95 Abs. 3) Prüfung des Versorgungsauftrags

KVen werden mit der Neuregelung angehalten, Versorgungsaufträge von zugelassenen Ärzten und MVZ zu überprüfen.

KBV

Die Regelung ist für sich genommen kein neuer Tatbestand, sondern eine Betonung der Aufgaben, die für KVen ohnehin bestehen und damit grundsätzlich entbehrlich. Die explizite Benennung dieser Aufgabe macht jedoch einmal mehr deutlich, dass das Leitbild des selbstständigen Vertragsarztes und den damit verbundenen Freiheiten zunehmend eingeschränkt wird. Die schwierige rechtliche Situation, Zulassungsaufträge zu bewerten und ggf. zu entziehen, bleibt bestehen (insbesondere unklare Methodik der Bewertung, in wie weit der Versorgungsauftrag ausgefüllt wird).

Nr. 42 - (§ 100 Abs.1 und 2) Feststellung von Unterversorgung ohne Berücksichtigung der ermächtigten Ärzte sowie Aussprechen von Zulassungsbeschränkungen in anderen Planungsbereichen der KV, sofern drohende Unterversorgung festgestellt wurde

§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V verpflichtet den G-BA, die ermächtigten Ärzte und Einrichtungen bei der Ermittlung des Versorgungsgrades zu berücksichtigen. Die Neuregelung im § 100 Abs. 1 SGB V stellt nun klar, dass die ermächtigten Ärzte und Einrichtungen bei der Feststellung von Unterversorgung nicht zu berücksichtigen sind.

Bislang können nach § 101 Abs. 2 SGB V Planungsbereiche einer KV auch unterhalb eines Versorgungsgrades von 110 % für die Niederlassung gesperrt werden, sofern für mindestens einen Planungsbereich in der KV Unterversorgung festgestellt wurde. Diese Steuerungsmöglichkeit wird nun auch auf den Tatbestand der drohenden Unterversorgung erweitert.

KBV

Die Regelung in Absatz 1 bereinigt fehlsteuernde Effekte der Anrechnung ermächtigter Ärzte und Einrichtungen auf die Feststellung einer Unterversorgung im Planungsbezirk. Gerade im Hinblick auf die Etablierung einer nachhaltigen Versorgungsstruktur in unterversorgten Gebieten sollten die Feststellung von Unterversorgung und die oftmals daran geknüpften Fördermaßnahmen nicht von der passageren Ermächtigung einzelner Ärzte oder Einrichtungen abhängig gemacht werden. Oftmals werden Ermächtigungen gerade erteilt, um die unzureichende Versorgungslage einer Region vorübergehend zu stabilisieren. Wenn diese Ermächtigung dann die Feststellung von Unterversorgung verhindert, würde dem Steuerungsziel dieser Regelung kaum entsprochen werden. Die KBV sieht diese Änderung somit als folgerichtige Ergänzung an. Unbenommen davon hilft es allerdings der Transparenz und öffentlichen Kommunikation der Bedarfspläne kaum, wenn die ermächtigten Ärzte und Einrichtungen erst in die Versorgungsgrade eingerechnet werden, um sie dann bei den maßgeblichen Entscheidungen des Landesausschusses wieder herauszurechnen. Eine Klarstellung im § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b, dass die ermächtigten Ärzte und Einrichtungen bei der Bewertung der Versorgungslage zur berücksichtigen sind, ohne sie im Versorgungsgrad anzurechnen, wäre hier eine weitere Handlungsmöglichkeit des Gesetzgebers, mit der sich die Anpassung im § 100 SGB V erübrigen würde.

In Absatz 2 wurde bislang von der Möglichkeit kaum Gebrauch gemacht, Bezirke einer KV-Region unterhalb der Grenze von 110% zu sperren, sofern in einem anderen Bezirk Unterversorgung festgestellt wurde. Die Erweiterung dieser Möglichkeit auch auf Bezirke, für die eine drohende Unterversorgung festgestellt wurde, erscheint zwar inhaltlich folgerichtig, wird jedoch aller Voraussicht nach ohne substantielle Wirkung bleiben. Denkbar wäre auch eine weitere Ergänzung der Regelung um Regionen für die ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde. Auch hier können Konstellationen entstehen, in denen die vorzeitige Sper-

zung anderer Planungsbereiche helfen würde, einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu beseitigen.

Nr. 43 - (§ 101 Abs. 1 Satz 1, Nr.6 - neu -) Anhebung Jobsharing-Obergrenzen

Anhebung der Leistungsbegrenzung auf den Fachgruppendurchschnitt im Falle eines unterdurchschnittlichen Leistungsumfangs der Praxis. Praxen, die nicht vollumfänglich an der Versorgung teilnehmen, können, sofern sie einen Angestellten mit Leistungsbeschränkung oder Jobsharing-Partner in die Praxis hineinnehmen, ihren Leistungsumfang auch durch diesen nur geringfügig (um 3 %) erweitern. Die Regelung des Gesetzgebers sieht nun vor, dass der G-BA Regelungen schaffen soll, in denen solche Praxen ihren Leistungsumfang auf den Fachgruppendurchschnitt durch Hinzunahme eines Jobsharing-Partners bzw. -Angestellten steigern können.

KBV

Die Regelung wird abgelehnt, da bereits heute durch Teilung eines Arztsitzes jederzeit neu hinzukommende Ärzte bzw. Psychotherapeuten einen dem Zulassungsstatus entsprechenden Leistungsumfang erbringen können. Die Erhöhung des Leistungsumfangs im Rahmen des Jobsharings behindert die Möglichkeiten selbstständiger Leistungserbringung in gesperrten Gebieten. Gerade in überversorgten Gebieten nehmen oft nicht alle Praxen an der Versorgung in dem Maße teil, wie dies der Zulassungsumfang erforderlich macht. Sie kommen somit ihrem Versorgungsauftrag nicht nach und sollen nach den neuen Regelungen des § 95 Abs. 3 Satz 4 SGB V stärker durch die KVen geprüft und sanktioniert werden. Solche Praxen sollen nach dem Willen des Gesetzgebers im neuen § 101 Abs. 3a SGB V im Falle der Praxisabgabe aufgekauft werden. Beide Steuerungsinstrumente sind darauf ausgerichtet, das Versorgungsangebot in überversorgten Gebieten zu reduzieren bzw. Ärzte, die ihren Versorgungsauftrag nicht erfüllen, zu sanktionieren. Die neue Regelung in § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V dient nun genau dem Gegenteil, nämlich der Ausweitung des Leistungsumfanges einer „heruntergefahrenen Praxis“ durch angestellte Ärzte mit Leistungsbeschränkung oder Jobsharing-Partner in einem gesperrten Gebiet. Insbesondere bei einer geplanten Praxisabgabe kann z. B. ein angestellter Arzt den Praxisumsatz wieder auf den Fachgruppendurchschnitt hochtreiben, um dann die Praxis mit dem erreichten Fachgruppendurchschnitt wieder deutlich teurer verkaufen zu können. Eine Steuerung der Versorgung ist mit dieser Regelung allerdings nicht zu erreichen.

Nr. 44 a) - (§ 103, Abs.1 Satz 1) Zulassungsbeschränkungen, Feststellung von Überversorgung

§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V verpflichtet den G-BA, die ermächtigten Ärzte und Einrichtungen bei der Ermittlung des Versorgungsgrades zu berücksichtigen. Die Neuregelung im § 103 Abs. 1 Satz 1 SGB V stellt nun analog zur Neuregelung des § 100 SGB V klar, dass die ermächtigten Ärzte und Einrichtungen auch bei der Feststellung von Überversorgung nicht zu berücksichtigen sind.

KBV

Der Feststellung der Überversorgung durch den Landesausschuss kommt bei der Begrenzung von Niederlassungen in Gebieten mit hoher Arztdichte wesentliche Bedeutung zu. Mit der Sperrung eines Gebietes kommt es zur Einschränkung des Rechts der Berufsausübungsfreiheit in unmittelbarer Folge der durch den G-BA festgelegten Arzt/Einwohner-Relationen. Durch die Anrechnung von vorübergehend an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Ärzten sowie ermächtigten Einrichtungen mit einem spezifischen Versorgungsauftrag treten entsprechend früher Sperrungen ein, was Möglichkeiten der freien Berufsausübung zusätzlich begrenzt, ohne dass in der Versorgung substantielle Änderungen beobachtbar sind. Die Berücksichtigung ermächtigter Ärzte bei der Feststellung der sogenannten Überversorgung im Sinne des § 103 Abs.1 Satz1 SGB V ist vor dem Hintergrund der

nicht nur die Berufsausübungsfreiheit, sondern auch die Eigentumsrechte beschneidenden Aufkaufregelung im § 103 Abs. 3a SGB V in ihren Auswirkungen als noch gravierender zu werten. Es ist deshalb folgerichtig, ermächtigte Ärzte und Einrichtungen bei der Feststellung von Überversorgung nicht zu berücksichtigen und wird von der KBV ausdrücklich begrüßt.

Unbenommen davon hilft es auch hier der Transparenz und öffentlichen Kommunikation der Bedarfspläne kaum, wenn die Ermächtigten erst in die Versorgungsgrade eingerechnet werden, um sie dann bei den maßgeblichen Entscheidungen des Landesausschusses wieder herauszurechnen. Eine Klarstellung im § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b, dass die ermächtigten Ärzte und Einrichtungen bei der Bewertung der Versorgungslage zur berücksichtigen sind, ohne sie im Versorgungsgrad anzurechnen, stellt hier eine weitere Handlungsoption des Gesetzgebers dar, mit der sich die Anpassung im § 103 Abs. 1 Satz 1 SGB V erübrigen würde.

Nr. 44 b) - (§ 103 Abs. 3a Satz 3) Ankauf von Praxen

Die gesetzlichen Vorgaben zum Abbau von Überversorgung durch den Ankauf von Arztpraxen werden von einer „Kann-“ in eine „Soll“-Regelung überführt. Damit ordnet der Gesetzgeber die regelhafte Entschädigung von Zulassungsinhabern an, sofern diese ihre Zulassung in einem gesperrten Gebiet abgeben wollen. Für bestimmte Personengruppen (Angehörige, Angestellte mit über drei Jahren Betriebszugehörigkeit, Verlegung des Praxissitzes in schlechter versorgte Subregion, Partner in einer Berufsausübungsgemeinschaft, vorherige Tätigkeit in unterversorgten Regionen) werden Ausnahmetatbestände formuliert, die eine Nachbesetzung ermöglichen sollen.

KBV

Die gesetzliche Vorgabe, die praktisch einen regelmäßigen Aufkauf von Arztsitzen zum Abbau von Überversorgung bewirken wird, lehnt die KBV ausdrücklich ab. Hierbei ist grundsätzlich, also auch schon bei der geltenden Rechtslage, zu kritisieren, dass hiervon ausschließlich selbstständig tätige Ärzte und Psychotherapeuten betroffen sind, während MVZ und angestellte Ärzte von der Regelung ausgeschlossen sind. Die KBV erkennt in dieser Ungleichbehandlung die wahre Absicht, nämlich die Abschaffung unabhängiger und selbständiger Arztpraxen zugunsten von MVZ mit angestellten Ärzten in abhängiger Stellung. Dies wird eindrücklich bestätigt durch die im Entwurf vorgeschlagene weitere Förderung von MVZ, wie etwa durch die neue Errichtung von MVZ durch Kommunen. Unter diesem Gesichtspunkt versteht die KBV die neue „Zwangsaufkaufregelung“ als Angriff auf die Freiberuflichkeit der ärztlichen Berufsausübung.

Die Neuregelung wird junge Ärzte und Psychotherapeuten nachhaltig demotivieren, sich vermehrt in der grundversorgenden Tätigkeit zu engagieren. Denn allein schon wegen der Existenz dieser verschärften Aufkaufregelung müssen sie befürchten, dass sie ihre Praxen am Ende eines Berufslebens, etwa zum Zwecke der Altersversorgung oder anlässlich eines Wechsels in eine andere Region, nicht mehr frei veräußern können, weil ein Sitz wegen einer lediglich rechnerischen, aber nicht wirklichen Überversorgung in der Region „vom Netz genommen“ werden muss.

Die Neuregelung negiert zudem das Ausmaß der zu erwartenden dramatischen Entwicklung der Arztzahlen. Denn in den nächsten fünf bis zehn Jahren werden etwa 25.000 (5 Jahre) bis 50.000 (10 Jahre) Ärzte ruhestandsbedingt ihre ärztliche Tätigkeit in der Niederlassung aufgeben (Quelle: Bundesarztregister) und damit in vielfacher Weise den geplanten Mechanismus des „Zwangsaufkaufs“ von Praxen auslösen. Dies gilt umso mehr, als gleichzeitig eine Verpflichtung eingeführt wird, die Wartezeiten jedenfalls für Termine beim Facharzt innerhalb von vier Wochen zu garantieren, und dies bei perspektivisch abnehmender Zahl von fachärztlichen Grundversorgern.

Die KBV fordert, dass bei der Prüfung einer etwa fehlenden Erforderlichkeit „aus Versorgungsgründen“ zumindest die wirkliche Versorgungssituation zu berücksichtigen ist, wie insbesondere Mitversorgereffekte sowie die Existenz von Sonderbedarfszulassungen und deren Beitrag zur tatsächlichen Versorgung. Zudem sollte die Tatsache Berücksichtigung finden, dass gerade Sonderbedarfszulassungen einvernehmlich zwischen Krankenkassen und KV (Parität im Zulassungsausschuss!) aus Versorgungsgründen ausgesprochen wurden. Schließlich hält die KBV eine gerechte und rechtssicher ausgestaltete Entschädigungsregelung für den aufzukaufenden Arztsitz, insbesondere wegen der Betroffenheit der einschlägigen Grundrechte (insbesondere Art. 12, 14 GG), für unabdingbar. Die im Regierungsentwurf ergänzte Kondition, wonach mit der Auflage der Praxisverlegung in schlechter versorgte Subregionen eines Planungsbereichs eine Nachbesetzung ermöglicht werden soll, löst die grundsätzliche Problematik des Aufkaufs von Praxen nicht. Sie stellt vielmehr viele weitere rechtliche Fragen, z.B.: Was erwirbt der nachbesetzende Arzt, wenn er die Praxis (Räume, Patientenstamm etc.) selber bereits vor der Inbetriebnahme verlegt? Auch die im Regierungsentwurf erweiterten Ausnahmeregelungen für die Nachbesetzung von Arztsitzen ändern nichts an der grundlegenden Kritik gegenüber der mit der Regelung verbundenen Intention sowie deren Umsetzung.

Der Regelungsvorschlag wirft im Hinblick auf die Ungleichbehandlung zwischen Vertragsärzten und MVZ sowie im Hinblick auf die ausschließlich den KVen zugeordnete Entschädigung im Falle des Nachfolgeverbots verfassungsrechtliche Probleme auf, die neben der Grundfrage, ob eine solche Regelung überhaupt zulässig ist (was allerdings streitig ist), die Beteiligung der Vertragsärzte über die Gesamtvergütungsbelastung an den Entschädigungen der jeweiligen Praxisinhaber oder -erben betrifft. Es müsste daher zumindest eine hälftige Beteiligung der Krankenkassen an der Finanzierung der Entschädigungsregelung vorgesehen werden. Im Übrigen ergeben sich aus der Regelung auch europarechtliche Probleme, die die Niederlassungsfreiheit für die Arztberufe und Gemeinschaften von Ärzten aus anderen Mitgliedstaaten betreffen. Insoweit stellt sich die Frage, ob sich nicht im Hinblick auf die Unterschiedlichkeiten in der Nachfolgeregelung einschließlich gegebenenfalls einer Bevorzugung von Gesellschaften Diskriminierungen ergeben, die mit der Niederlassungsfreiheit der Art. 49 und 53 AEUV nicht vereinbar sind. Eine nähere Prüfung im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens müsste erfolgen.

Nr. 44 c) aa) aaa) - (§ 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 7) Sondertatbestände für die Auswahl für die Praxisnachfolge

Schon in der Bedarfsplanungs-Richtlinie (§ 26 Abs. 4 Nr. 3 BPL-RL) ist angelegt, dass bei der Auswahlentscheidung eines Praxisnachfolgers die Barrierefreiheit der Praxis ein Entscheidungskriterium sein kann. Eine vergleichbare Regelung wird nun auch im § 103 SGB V aufgenommen.

KBV

Die Regelung ist zu begrüßen. Die bestehende Regelung der Bedarfsplanungs-Richtlinie wird nun auch auf Gesetzesrang erhoben und betont die Bemühungen der Bundesregierung um die Inklusion von Behinderten auch in die Gesundheitsversorgung.

Nr. 44 c) cc) - (§ 103 Abs. 4 Satz 10 neu) Zulassungsanträge von MVZ ohne konkreten Bewerber

Der Zulassungsausschuss soll künftig bei der Nachbesetzung von Zulassungen, auf die sich ein MVZ bewirbt, auch berücksichtigen können, inwieweit durch die Erteilung der Zulassung das besondere Versorgungsspektrum des MVZ zu Gunsten der Patientenversorgung verbessert wird. Damit wird MVZ das Recht eingeräumt, sich auch ohne konkreten Kandidaten auf offene Versorgungssitze bewerben zu können.

KBV

Die KBV lehnt die Neuregelung ab. Es handelt sich um eine klare Bevorteilung von MVZ im Rahmen der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes. Bislang ist die Bewerbung um eine Zulassung oder Anstellung an einen konkreten Arzt geknüpft, dessen Eignung und Qualifikation auch im Vergleich zu anderen Bewerbern durch den Zulassungsausschuss geprüft wird. Dem Zulassungsausschuss wird die Möglichkeit eingeräumt, den besten Kandidaten auszuwählen. MVZ argumentieren, dass sie erst dann einen Kandidaten einstellen, wenn der Versorgungssitz dem MVZ zugesprochen wird. Mit der jetzt eingeführten Regelung wird es möglich sein, dass sich MVZ virtuell auf einen Arztsitz bewerben können, ohne einen konkreten Kandidaten vorweisen zu können. Ein konkreter Vergleich von Bewerbern ist dann nicht mehr gegeben.

Darüber hinaus werden hier MVZ gegenüber Gemeinschafts- und Einzelpraxen isoliert bevorteilt, die ebenfalls Ärzte anstellen können und die ebenfalls erst dann einen Bewerber suchen würden, wenn sie eine Zulassung sicher haben.

Nr. 45 - (§ 105 Abs. 1a Satz 1) Förderung der vertragsärztlichen Versorgung (Strukturfonds)

Durch Änderung des § 105 Abs. 1a SGB V wird die Bildung eines Strukturfonds nicht mehr an die Voraussetzung der Unterversorgung geknüpft.

KBV

Es ist zu begrüßen, dass ein Strukturfonds nun von allen KVen eingerichtet werden kann, auch dann, wenn keine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung vorliegt. Dies ermöglicht auch weitergehende Aktivitäten im Rahmen der Förderung von Niederlassungen, wie etwa die Förderung der Weiterbildung und des Arztnachwuchses.

Nr. 46 - (§ 106a) Anpassung der Abrechnungsprüfung für angestellte Ärzte

Mit den vorgeschlagenen Änderungen werden, so wie derzeit bereits praktiziert, alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in die Abrechnungsprüfung einbezogen. Außerdem soll durch die Änderung eine Gleichbehandlung von Vertragsärzten und angestellten Ärzten in der Abrechnungsprüfung implementiert werden. Allerdings erfolgt durch die Anfügung eines Satzes 4 in Absatz 4 auch eine deutliche Verschlechterung für die KVen: Demnach dürfen die Krankenkassen dann, wenn ein Antrag nach Absatz 4 Satz 1 nicht innerhalb von sechs Monaten bearbeitet wird, einen Betrag in Höhe der sich unter Zugrundelegung des Antrags ergebenden Honorarberichtigung auf die zu zahlende Gesamtvergütung anrechnen und damit die Gesamtvergütung im Ergebnis kürzen und zwar unabhängig davon, ob es sich um einen intra- oder extrabudgetären Vergütungsanteil handelt.

KBV

Vor dem Hintergrund, dass bereits alle Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, in die Abrechnungsprüfung einfließen und Anstellungen im vertragsärztlichen Bereich zunehmen, werden diese Regelungen begrüßt. Abgelehnt wird demgegenüber die Neuregelung in Absatz 4 Satz 4: Zum einen widerspricht die Regelung dem Grundgedanken des § 53 BMV-Ä. Demzufolge haften die KVen den Krankenkassen für Erstattungsansprüche nur insoweit, als durch den fehlerhaften Ansatz von Leistungen die Gesamtvergütung erhöht wurde. Dies ist nicht der Fall, soweit es sich um Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung handelt. Es entstünde insofern durch die Neuregelung ein Wertungswiderspruch dahingehend, dass die Krankenkasse nach Ablauf der Sechs-Monatsfrist auch dann die Gesamtvergütung mindern könnte, so nach den Regeln des § 53 BMV-Ä keinerlei Haftung der KV bestünde. Auch ein weiterer Aspekt spricht gegen die Neuregelung: Durch sie wird letztlich

eine Haftung der Vertragsärzte als Kollektiv (aus der Gesamtvergütung) angeordnet, die ein Verhalten der KV zum Gegenstand hat, auf das die Vertragsärzte keinen Einfluss haben. Insofern ist also schon der Eingriff in die Honorare der Vertragsärzte nicht als sachgerecht anzusehen. Zudem wirft die Neuregelung nicht unerhebliche praktische Schwierigkeiten auf. In der Praxis liegen längere Bearbeitungsfristen von Anträgen nach Absatz 4 Satz 1 darin begründet, dass seitens der Krankenkassen unzureichend geprüfte Anträge zur Bearbeitung vorgelegt werden. Insofern würde also die Neuregelung das hinter längeren Bearbeitungszeiten stehende Problem nicht beseitigen, im Ergebnis aber die Problematik insgesamt zulasten der KVen auflösen, was nicht als sachgerecht charakterisiert werden kann.

Änderungsvorschlag der KBV

§ 106a Abs. 4

Streichung von Abs. 4 Satz 4.

Nr. 47 - (§ 106b) Aufhebung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Ersatz durch regionale Vereinbarungen

Der Vorschlag zu § 106 b (neu) beinhaltet die Neustrukturierung der Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Die KVen treffen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen hierfür Vereinbarungen, in denen Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen in allen Bereichen ärztlich verordneter Leistungen (medizinische Rehabilitation, Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Krankentransport sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie) getroffen werden müssen. KBV und GKV-SV vereinbaren Rahmenvorgaben für diese neue Form der regionalen Wirtschaftlichkeitsprüfungen, in denen Festlegungen von Mindeststandards, u. a. in welchem Umfang Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchgeführt werden sollen, erfolgen. Ebenfalls soll in dieser Vereinbarung ein Verfahren geregelt werden, das sicherstellt, dass individuelle Beratungen bei statistischen Prüfungen einer Nachforderung bei erstmaliger Auffälligkeit vorgehen. Weiterhin sind in den Rahmenvorgaben besondere Verordnungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln festzulegen.

Den Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen nicht: Verordnungen über langfristigen Heilmittelbedarf, Verordnungen von Arzneimitteln, für die entweder der Arzt einem Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 beigetreten ist oder für die im Rahmen der Erstattungsbetragsvereinbarung nach § 130b SGB V eine Regelung zur Anerkennung als Praxisbesonderheit getroffen wurde.

KBV

Die KBV begrüßt die von ihr seit langem geforderte Ablösung der Richtgrößenprüfungen als Regelprüfart und die damit verbundene grundsätzlich freie Ausgestaltungsmöglichkeit durch die regionalen Vertragspartner. Allerdings warnt die KBV davor, das alte Verfahren durch neue versorgungsfeindliche Regelungen zu ersetzen. Notwendig sind hingegen Instrumente, die die Ärzte bei einer wirtschaftlichen Verordnung von Arznei- und Heilmitteln unterstützen.

Die Formulierung in § 106b Abs. 1 Satz 3 (neu), wonach für alle Bereiche ärztlich verordneter Leistungen Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen enthalten sein müssen, birgt nach Ansicht der KBV die Gefahr einer Verschärfung der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Bis dato gilt der Grundsatz, dass bei Verordnungen, in denen ein Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen gilt, die Krankenkasse in der Kehrseite das wirtschaftliche Risiko einer fehlerhaften Verordnung trägt. (BSG, Urteil vom 15.11.2007 - B 3 KR 4/07 R).

Die nunmehr vom Gesetzgeber vorgesehene Regelung zur Anerkennung von besonderen Verordnungsbedarfen für Heilmittel (ehemals: bundesweite und regionale Praxisbesonderhei-

ten) im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist sachgerecht, um eine adäquate Versorgung der Versicherten mit besonderem Versorgungsbedarf zu gewährleisten und den Vertragsärzten in diesen Fällen Verordnungssicherheit zu geben.

Die KBV hält daher die folgenden Änderungen und Ergänzungen für erforderlich:

- Die KBV fordert weiterhin, dass die Beratung zum Regelinstrument der Steuerung veranlasster Leistungen weiterentwickelt wird. Bis heute hat die Rechtsprechung diese durch den Gesetzgeber auch bisher schon eingeleitete Vorgabe nur unzureichend umgesetzt. Eine weitere Maßnahme kann erst für den Prüfzeitraum nach einer erfolgten Beratung festgesetzt werden.
- In den regionalen Vereinbarungen sollen vorrangig Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Arznei- und Heilmittelverordnungen enthalten sein. Hierbei werden vorrangig Versorgungsziele bezüglich einer indikationsgerechten Wirkstoffauswahl und einer indikationsgerechten Heilmittelauswahl einschließlich der adäquaten Menge nach dem Heilmittelkatalog der Heilmittel-Richtlinie definiert.
- Für die übrigen Bereiche ärztlich verordneter Leistungen können in den regionalen Vereinbarungen nur dann Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen enthalten sein, wenn für diese Leistungen kein Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen gilt.
- Um eine bundesweit vergleichbare, qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten und einen Korridor für die evidenzbasierte und wirtschaftliche Ordnungsweise vorzugeben, werden KBV und GKV-SV im Zusammenhang mit den Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 (neu) beauftragt, einen Medikations- und Heilmittelkatalog zu vereinbaren. Den regionalen Vereinbarungspartnern wird die Möglichkeit eröffnet, andere vergleichbare oder zusätzliche Steuerungsinstrumente zu vereinbaren.
- Darüber hinaus ist zu ergänzen, dass auch indikationsgerechte Verordnungen von Arzneimitteln mit einem Erstattungsbetrag nach § 130b keinen Einzelfallprüfungen unterliegen. In diesem Zusammenhang sollte auch in § 130b Abs. 1 eine Klarstellung erfolgen, dass der vereinbarte Erstattungsbetrag die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung herstellt.
- Die Neustrukturierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen setzt eine frühzeitige und sachgerechte Information und Beratung der Vertragsärzte über ihr Ordnungsverhalten durch die KVen voraus. Die Verfügbarkeit der entsprechenden Ordnungsdaten insbesondere im Heilmittelbereich ist daher sicherzustellen. Entsprechende Ergänzungen in §§ 84, 296 und 302 sind erforderlich.

Änderungsvorschläge der KBV

a) Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:

„In den Vereinbarungen sollen Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen, insbesondere zu Arznei- und Heilmittelverordnungen, enthalten sein. Diese können Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen für weitere ärztlich verordnete Leistungen enthalten, sofern für diese kein Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen gilt.“

b) In Absatz 2 werden nach Satz 2 folgende Sätze 3 bis 5 eingefügt:

„Grundlage für die Vereinbarung nach diesem Absatz sind bundesweit einheitliche Kataloge zur Arznei- und Heilmittelverordnung, die den Arzt bei der indikationsgerechten Auswahl eines zweckmäßigen Wirkstoffes sowie eines zweckmäßigen Heilmittels unterstützen. Die Kataloge geben Empfehlungen für die Vereinbarungen nach § 84 Absatz 1 sowie für die Prüfungen nach Absatz 1. Den Vereinbarungspartnern nach Absatz 1 wird die Möglichkeit eröffnet, andere vergleichbare oder zusätzliche Steuerungsinstrumente zu vereinbaren.“

c) **Satz 3 wird zu Satz 6**

d) **In Abs. 4 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 ergänzt:**

„Bei indikationsgerechten Verordnungen von Arzneimitteln, für die ein Erstattungsbetrag nach § 130b Abs.1 besteht, liegen die Voraussetzungen für Einzelfallprüfungen nicht vor.“

e) **Folgeänderung durch Buchstabe d) in § 130b SGB V: § 130b Abs. 1 Satz 8 wird gestrichen und §130b Abs. 3 wird folgender Satz vorangestellt:**

„Der nach Abs. 1 vereinbarte Erstattungsbetrag stellt die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung her.“

Folgeänderungen in §§ 92 SGB V - Richtlinien des G-BA

KBV

Gemäß dem Vorschlag der KBV soll der Heilmittelkatalog analog dem Medikationskatalog im Arzneimittelbereich künftig gemäß § 106b Abs. 2 Sätze 3 und 4 SGB V (neu) zwischen GKV-SV und der KBV vereinbart werden. Dem folgend, ist der Regelungsumfang des G-BA die Heilmittel-Richtlinie gem. § 92 betreffend, entsprechend anzupassen. Darüber hinaus ist in Absatz 2 Satz 1 eine redaktionelle Richtigstellung erforderlich.

Änderungsvorschläge der KBV

a) **In § 92 Abs. 2 Satz 1** werden die Wörter „Arznei- und Heilmittel“ gestrichen und durch „Arzneimittel“ ersetzt.

b) **§ 92 Abs. 6 Satz 1** wird wie folgt neugefasst:

„In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 (Heilmittel-Richtlinie) sind insbesondere zu regeln

1. *die Grundsätze der Heilmittelversorgung,*
2. *Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit den jeweiligen Heilmittelerbringern,*
3. *die Grundsätze zu den verordnungsfähigen Heilmittelmaßnahmen.“*

Folgeänderung in § 302 SGB V - Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

KBV

Es gehört zu den gesetzlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen, ihre Mitglieder über die Wirtschaftlichkeit ihrer Verordnungen zu beraten. Ein Bezug der Abrechnungsdaten der Heilmittel-Leistungserbringer würde die Kassenärztlichen Vereinigungen in die Lage versetzen, die Vertragsärzte zum frühestmöglichen Zeitpunkt über ihr Ordnungsverhalten zu informieren.

Die Rechenzentren der Heilmittel-Leistungserbringer dürfen den KVen die Abrechnungsdaten nach § 302 Abs. 1 bereits nach geltendem Recht übermitteln, sofern diese sie zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben verwenden. Allerdings besteht bislang kein Rechtsanspruch der KVen, die Daten übermittelt zu bekommen. Durch die Schaffung eines gesetzlichen Anspruches auf Übermittlung der Daten wird der finanzielle Aufwand für die KVen beim Bezug der Daten auf die Erstattung des tatsächlichen Aufwandes reduziert. Da derzeit nur rund 80% der Heilmittel-Leistungserbringer die Dienste eines Rechenzentrums nutzen, ist es erforderlich, die Möglichkeiten der Datenanforderung durch die KVen auch auf die Leistungserbringer auszuweiten, die kein Rechenzentrum nutzen.

Es wird weiterhin klargestellt, dass bei einer fallbezogenen Verarbeitung der Daten durch die KVen diese nur zulässig ist, sofern der Bezieher der Daten Sorge dafür trägt, dass der Versichertenbezug der übermittelten Daten zuvor von einer räumlich, organisatorisch und personell getrennten Stelle pseudonymisiert wird.

Änderungsvorschlag der KBV

§ 302 Abs. 2 wird Satz 4 gestrichen und wie folgt ersetzt:

„Die Leistungserbringer nach Absatz 1 übermitteln unentgeltlich auf Anforderung den Kassenärztlichen Vereinigungen monatlich die Daten nach Abs. 1, soweit diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 73 Abs. 8, 84 und 305a erforderlich sind. Vor der Verarbeitung der Daten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist der Versichertenbezug durch eine von der Kassenärztlichen Vereinigung räumlich, organisatorisch und personell getrennte Stelle zu pseudonymisieren.“

Nr. 51 - (§ 116a) Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

Die Zulassungsausschüsse sollen verpflichtet werden, zugelassene Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermächtigen, wenn der Landesausschuss eingetretene Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.

Dies erfolgt durch die Änderung des § 116a SGB V von einer „Kann“-Vorschrift in eine „Muss“-Vorschrift.

KBV

Die KBV lehnt eine obligatorische Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung in unterversorgten Regionen ab. Schon nach geltendem Recht besteht die Möglichkeit, Krankenhäuser bedarfsorientiert zu ermächtigen. Auch Zulassungsanträge von Kliniken für MVZ werden, soweit die Region wegen Überversorgung nicht gesperrt ist, von den Zulassungsausschüssen positiv beschieden.

Hinzu kommt, dass den Krankenhäusern gerade in strukturschwachen Regionen ebenfalls Hausärzte und grundversorgende Fachärzte fehlen und es ihnen somit schwer fallen dürfte, zusätzlich Patienten ambulant zu behandeln. Davon unabhängig dürfte sich für die Patienten auch die Frage stellen, ob für sie im Falle der ambulanten Behandlung im Krankenhaus der Facharztstatus oder nur der Facharztstandard gilt.

Schließlich dürfte sich die Regelung somit auch kontraproduktiv auf die Niederlassungswilligkeit von Ärzten in unterversorgten Regionen auswirken.

Als Alternative schlägt die KBV eine gemeinsame Versorgungsplanung vor, nach der das Krankenhaus mit der KV – unter Beibehaltung der bestehenden Sicherstellungskompetenzen – eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre Versorgung der Bevölkerung kooperativ gestalten könnte. Dies sollte vorzugsweise im Rahmen des insoweit zu ergänzenden gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V erfolgen, welches mit dieser Aufgabe betraut werden könnte.

Nr. 52 a) aa) - (§ 116b Abs. 2 Satz 6 neu) Spezialfachärztliche Versorgung

Auswirkung auf die Frist zur Erlangung der ASV-Berechtigung bei zusätzlich durch die Erweiterten Landesausschüsse angeforderten Informationen.

Die Änderung stellt klar, dass der Zeitraum der Unterbrechung, die durch angefragte Unterlagen entsteht, nicht in die Zweimonatsfrist eingerechnet wird.

KBV

Im Sinne der bisherigen Positionierung der KBV wird von der KBV zur Klarstellung dieser Regelungslücke der Beginn einer neuen Frist vorgeschlagen.

Änderungsvorschlag der KBV

Nr. 40 a) aa) nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Danach beginnt die Frist neu.“

Vorschläge zur gesetzlichen Klarstellung zur „Bereinigung“ der Erlösbudgets für stationäre Leistungen für stationersetzende Behandlungen nach § 116b SGB V

a) § 116b Abs. 4 Satz 3 SGB V

Streichung der Worte „, die an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen,“.

b) § 116b Abs. 6 SGB V – Aufnahme eines neuen Satzes 16:

„In die Gesamtbeträge und Erlösbudgets nach §§ 3 und 4 BPfIV sowie in die von den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 1 KHEntgG zu vereinbarenden Erlösbudgets, Zu- und Abschläge sowie sonstigem Entgelte nach §§ 4 bis 6 KHEntgG, dürfen Leistungen gemäß Absatz 1 nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 nur für die Fälle einbezogen werden, bei denen auf Grund der Erfüllung der Tatbestände nach Absatz 4 Satz 3 eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung ausnahmsweise nicht ausreichend ist und eine teilstationäre oder stationäre Durchführung erforderlich sein kann.“

c) § 1 Abs. 2 BPfIV –Ergänzung einer Nr. 4:

„Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden für die gesetzlich versicherten Patienten nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für sonstige Patienten nach den für sie geltenden Vorschriften, Vereinbarungen oder Tarifen vergütet.“

d) § 1 Abs. 3 KHEntgG –Aufnahme eines neuen Satzes 4:

„Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden für die gesetzlich versicherten Patienten nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für sonstige Patienten nach den für sie geltenden Vorschriften, Vereinbarungen oder Tarifen vergütet.“

e) § 4 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG

Einfügung der Worte „, nicht die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung gemäß § 116b Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach Maßgabe von § 116b Abs. 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ im Anschluss an die Worte „(...), nicht die Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1“.

Begründung:

Mit Einführung der Ambulanten Spezialärztlichen Versorgung (ASV) mit dem GKV-VStG wurden zugleich mit den Regelungen nach § 116b Abs. 6 Sätze 13 bis 15 SGB V Vorschriften zur Bereinigung der vertragsärztlichen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen erlassen. Dem gegenüber fehlt bis heute eine analoge Regelung, welche sicherstellt, dass es zu keiner Doppelberücksichtigung der stationsersetzenden ASV-Leistungen in den Erlösbudgets / Gesamtbeträgen der Krankenhäuser für die (teil-)stationäre Versorgung kommt.

Mit den vorgenannten Änderungsvorschlägen nach den Nrn. 2 bis 5 wird auch für Krankenhäuser analog zu den bestehenden gesetzlichen Abgrenzungen z. B. der vor- und nachstationären Behandlung nach § 115a SGB V klargestellt, dass die Leistungen der ASV – sofern nicht die Tatbestände nach § 116b Abs. 4 Satz 3 SGB V im begründeten Ausnahmefall eine teilstationäre oder stationäre Durchführung der Behandlung rechtfertigen – nicht in die Vereinbarungen zu den Entgelten für (teil-)stationäre Behandlungen mit einbezogen werden dürfen.

Mit dem Änderungsvorschlag nach der Nr. 1 wird die Anwendung der allgemeinen Tatbestände nach § 116b Abs. 4 Satz 3 SGB V auch für nicht an der ASV teilnehmende Krankenhäuser verbindlich gemacht.

Nr. 52 b) - (§ 116b Abs. 4 Satz 4) Anforderungen an die Qualitätssicherung

Die Änderung präzisiert die Anforderungen an die Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 3 SGB V.

KBV

Die KBV hält diese Neuregelung für sachgerecht zur Klarstellung des Auftrags an den G-BA zum Regelungsumfang.

Nr. 52 c) - (§ 116b Abs. 8) Bestandsschutz für Krankenhäuser mit „§ 116b-SGB V-(alt)-Verträgen“

Es soll ein dauerhafter Bestandsschutz für Krankenhäuser geschaffen werden, die an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung teilnehmen. Damit soll weiterhin eine kontinuierliche, auch ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten durch die bisherigen sogenannten „§ 116b-Krankenhäuser“ ermöglicht werden.

KBV

Die KBV sieht in der Neuregelung eine Perpetuierung der Berechtigung der Krankenhäuser zur Teilnahme an der ASV nach altem Recht bis 2011. Denn damit dürfen die Krankenhäuser diese Berechtigung unbeschränkt fortführen, die ihnen nach bisherigem Recht von den Ländern, d. h. von der zuständigen Landesbehörde, erteilt worden ist.

Die KBV lehnt diesen Vorschlag entschieden ab, da er der grundsätzlichen Intention der Neuregelung des § 116b SGB V als einer gleichberechtigten Teilnahme niedergelassener Ärzte und Krankenhäusern widerspricht. Vertragsärzte werden damit weiterhin erheblich schlechter gestellt. Zudem werden Teambildungen nachhaltig erschwert, insbesondere bei onkologischen Erkrankungen, die eine sektorenübergreifende Kooperation dringend erfordern. Die geforderte sektorenübergreifende Zusammenarbeit und die daraus verbesserte Versorgung schwerstkranker Patienten wird damit konterkariert.

Die KBV erkennt als Motiv der Neuregelung, dass Krankenhäuser die nach neuem Recht gebotenen und durch den G-BA entwickelten Voraussetzungen der ASV-Richtlinie nicht erfüllen wollen. Zudem wird mit der vorgeschlagenen Neuregelung offenbar eine weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung intendiert. Denn der Umfang der spezialfachärztlichen Versorgung nach altem Recht wird hinsichtlich der Begleitbehandlungen und ähnlicher Möglichkeiten der Krankenhäuser ausdrücklich nicht begrenzt.

Die Neuregelung bedeutet nicht nur einen Rückschritt hinsichtlich einer eigentlich wünschenswerten sach- und versorgungsgerechten Weiterentwicklung der ASV. Zudem fehlen notwendige gesetzliche Klarstellungen, die für ein reibungsloses Funktionieren dieser insgesamt neuen Versorgungsebene unerlässlich sind. Hierzu gehört etwa eine Klarstellung zur örtlichen Zuständigkeit des erweiterten Landesausschusses bei Kooperationen aus zwei oder mehreren KV-Bezirken. Ebenso fehlt eine Klarstellung zur Frage von Drittwidersprüchen der beteiligten KVen oder Landeskrankengesellschaften oder Krankenkassen. Zudem wären Regelungen zur Gebührenerhebung für das Verfahren ebenso erforderlich wie auch die Klärung verfahrensinterner Fragen hinsichtlich des verkleinerten erweiterten Landesausschusses (gehören ihm Patientenvertreter an?) und auch zur Widerspruchsstelle.

Aus der Weiterführung der alten „§ 116b SGB V – Berechtigungen“, der ausdrücklichen Öffnung der Krankenhäuser für Begleitbehandlungen u. ä. in diesem Zusammenhang und aus der Nichtregelung vorstehend benannter dringend notwendiger gesetzlicher Klarstellungen für ein Funktionieren der ASV nach neuem Recht muss geschlossen werden, dass die Koalition beabsichtigt, von der Weiterentwicklung dieser neuen Versorgungsebene der ASV, die durch das GKV-VSG vom 21.12.2011 eingeführt wurde, abzurücken.

Die KBV fordert ausdrücklich ein politisches Signal, aus dem sich eindeutig ergibt, ob der Weg der ASV nach neuem Recht weiter gegangen werden soll, oder ob sich die an der ASV beteiligten Institutionen – auch und besonders im Hinblick auf die damit verbundenen erheblichen Ressourcen – auf eine Neuausrichtung konzentrieren müssen.

Die KBV plädiert nachdrücklich für eine Umsetzung der ASV nach den hierzu neu mit dem GKV-VSG aufgenommenen Vorgaben. Gerade die unter diesen Voraussetzungen eröffneten besonderen qualitativen Standards dürfen nicht über eine dauerhafte „Bestandsschutzregelung“ für Krankenhäuser auf Basis der vormals gültigen Regelung verwässert werden.

Änderungsvorschlag der KBV

a) Abs. 3a in § 116b (neu)

„Gegen die Entscheidungen des erweiterten Landesausschusses können die am Verfahren beteiligten Ärzte und Einrichtungen, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen und die Landeskrankengesellschaft Widerspruch erheben. Über den Widerspruch entscheidet der erweiterte Landesausschuss. Die Anrufung im Widerspruchsverfahren hat ebenso wenig wie eine Klage aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren vor dem erweiterten Landesausschuss sind Gebühren von der beteiligten Antragstellern zu erheben. Die Gebühren werden kostendeckend durch die im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und der Landeskrankengesellschaft festgelegt. Die Gebühren sind durch den erweiterten Landesausschuss zu veröffentlichen. Soweit der Abschluss von Vereinbarungen, insbesondere Kooperationsvereinbarungen, unter den Berechtigten zur Ausführung der spezialfachärztlichen Leistungen vorgeschrieben ist und Antragsteller aus unterschiedlichen Bezirken Kassenärztlicher Vereinigungen eine Berechtigung beantragen, gilt für die örtliche Zuständigkeit die Zuständigkeit des erweiterten Landesausschusses, in dessen Bezirk der vorgesehene Leiter der Behandlungsteams seinen Sitz hat.“

- b) Die KBV tritt ferner dafür ein, das sogenannte „Anzeigeverfahren“ (§ 116b Abs. 2 Satz 2 SGB V) durch ein Antragsverfahren zu ersetzen, da insoweit mehr Rechtssicherheit geschaffen wird. Die Möglichkeit des fiktiven Verwaltungsakts, die nach dem bisherigen Anzeigeverfahren durch Fristablauf geschaffen ist, schafft in verschiedener Hinsicht Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Rechtsfolgen und der Rechtsbeständigkeit und der Rechtswirkungen. Ferner tritt die KBV dafür ein, das Bereinigungsverfahren in § 116b Abs. 6 Sätze 13 bis 15 SGB V abzuschaffen, da die Bereinigung eine Belastung derjenigen Ärzte darstellt, die sich an der spezialfachärztlichen Versorgung beteiligen, nicht hinzukommen, dass nach der Gesetzessystematik die spezialfachärztliche Versorgung keine vertragsärztliche Versorgung darstellt.

Nr. 53 - (§ 117) Gesetzliche Ermächtigung von Hochschulambulanzen

Die Teilnahme der Hochschulambulanzen an der vertragsärztlichen Versorgung zum Zwecke der Behandlung und Untersuchung gesetzlich Versicherter wird nunmehr kraft Gesetzes durch Änderung des § 117 auf Personen mit schweren und komplexen Krankheitsbildern ausgeweitet. In diesen Fällen bedarf es grundsätzlich einer Überweisung durch den Facharzt. Der GKV-SV, die KBV und DKG erhalten den Auftrag, den genannten Personenkreis in einem dreiseitigen Vertrag auf Bundesebene näher zu bestimmen. KVen, Landeskrankenversicherungen und Landeskrankenhausgesellschaften können auf regionaler Ebene gemeinsam und einheitlich Abweichungen von den Bundesvorgaben regeln. Es besteht eine 6-Monatsfrist für diese dreiseitige Vereinbarung. Sollte diese Frist nicht eingehalten werden, können Hochschulen mit einzelnen KVen Vereinbarungen schließen. Bei Zustandekommen der Vereinbarung können zusätzliche Vereinbarungen mit den KVen zur Berücksichtigung von regionalen Belangen geschlossen werden.

KBV

Die KBV lehnt die Neuregelung ab. Gerade in denjenigen Städten, in denen die Überversorgung am höchsten ist, in Universitätsstädten, sollen zusätzliche Versorgungskapazitäten durch die Hochschulambulanzen zur Verfügung gestellt werden. Die Sinnhaftigkeit dieser Regelung erschließt sich nicht. Zwar wird durch den Überweisungsvorbehalt bei der Behandlung aufgrund von Art, Schwere und Komplexität der Krankheit eine gewisse Steuerungswirkung erwartet, die aber in der Praxis bereits heute gegeben ist.

Auch heute schon ist es möglich, bei besonderen Versorgungsproblemen Ermächtigungen auszusprechen, wovon die KVen in der Vergangenheit auch Gebrauch gemacht haben. Insofern ist diese Regelung im Grunde überflüssig. Im Rahmen einer dreiseitigen Vereinbarung aus GKV-SV, DKG und KBV soll festgelegt werden, für welche Krankheiten und welche Patientengruppen die Behandlung durch Hochschulambulanzen vorgesehen ist. Bemerkenswert ist an der Regelung, dass das Erweiterte Bundesschiedsamt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen entscheidet. Dies bedeutet, dass Kassen und Unparteiische alleine nicht entscheiden können.

Es ändert sich nichts an der Finanzierungsregelung; Hochschulambulanzen werden zwar ermächtigt, nehmen damit aber nicht unmittelbar an der vertragsärztlichen Versorgung teil und rechnen direkt mit der Krankenkasse des Versicherten ab. Es wird darauf zu achten sein, dass diese Versorgungsanteile nicht in der Bedarfsplanung angerechnet werden. Bislang sind Hochschulambulanzen von der Anrechnung ausgenommen. Andere Einrichtungen, die wegen Art, Schwere und Dauer/Komplexität einer Erkrankung ermächtigt sind, werden jedoch bereits heute in der Bedarfsplanung angerechnet.

Problematisch an dieser Regelung ist zudem, dass der Zulassungsausschuss in der Neuregelung komplett außen vorbleibt. Während der Zulassungsausschuss in der Vergangenheit die Pflicht zur Ermächtigung der Hochschulambulanzen (für Forschung und Lehre) hatte, werden

diese nun direkt durch das Gesetz ermächtigt. Die gemeinsame Selbstverwaltung wird hier also in ihrer Kompetenz beschnitten und den Zulassungs- und Landesausschüssen gehen relevante Informationen zur Versorgung einer Region verloren. Um dies zu verhindern, wäre eine entsprechende Regelung des Gesetzgebers erforderlich.

Zumindest sollte die Ermächtigung dieser Einrichtungen an die Voraussetzung eines entsprechenden Versorgungsbedarfs gebunden werden, wie etwa im Fall fehlender ambulanter Versorgungsstrukturen, wie im Fall geriatrischer Institutsambulanzen (§ 118a).

Die Fristsetzung ist aufgrund der Komplexität der Regelung abzulehnen. Sollte der Gesetzgeber an der Frist festhalten, sollte diese verlängert werden.

Sofern an der Regelung durch den Gesetzgeber grundsätzlich festgehalten und diese nicht gestrichen wird, ist allerdings eine Unstimmigkeit der Gesetzestextierung zu bereinigen. Die vorgeschlagenen Regelungen zielen auf die besonderen Bedingungen von Hochschulambulanzen ab und treffen nicht auf Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz zu. Diese erbringen Richtlinien-Leistungen des GBA ohne Überweisungsvorbehalt auf der Grundlage von EBM-Leistungspositionen. Eine Vermengung der Regelung von Hochschulambulanzen mit den besonderen Bedingungen der Ausbildungsinstitute nach § 6 Psychotherapeutengesetz führt zu einer wohl unbeabsichtigten Revision der Funktion von psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten, was abzulehnen ist. Hilfsweise wird deshalb im Falle der Beibehaltung der Regelung zu den Hochschulambulanzen die Ergänzung eines Absatzes 3 vorgeschlagen.

a) Zu Nr. 53 a) – Abs. 1 Satz 1

„Auf Verlangen der Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) sind diese durch den Zulassungsausschuss (§ 96) zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen

- 1. in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang sowie*
 - 2. für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen,*
- zu ermächtigen. ...“*

Die übrigen Regelungsvorschläge des Entwurfs für Absatz 1 könnten aus Sicht der KBV beibehalten werden.

b) Zu Nr. 53 b) - (§ 117 Abs. 2)

„Absatz 1 gilt entsprechend für die Ermächtigung der Hochschulambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten im Rahmen des für Forschung und Lehre erforderlichen Umfangs und zur Behandlung des Personenkreises nach Absatz 1 Satz 1. Für die Vergütung gilt § 120 Abs. 2 bis 4 SGB V entsprechend. Für Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG gilt ausschließlich Absatz 3.“

c) Absatz 3 (neu)

„Institute und Ambulanzen an Ausbildungsstätten gemäß § 6 PsychThG dienen der Behandlung von Versicherten durch die hierfür durch die entsprechenden Landesbehörden zugelassenen Auszubildenden, sofern die Krankenbehandlung unter der Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen. Zur Anwendung gelangen Behandlungsverfahren, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a anerkannt sind. Im Übrigen gilt Absatz 1 Satz 3 für die vertraglichen Vereinbarungen über den

Kreis der zu behandelnden Personen sowie die Behandlungsverfahren mit der Maßgabe, dass die vertraglichen Regelungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund vereinbart oder im Falle einer Nichteinigung durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 innerhalb von drei Monaten festgelegt werden. Absatz 1 Sätze 8 und 9 gelten entsprechend für Verträge, die nur zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen geschlossen werden können. Das Überweisungsgebot nach Absatz 1 Satz 3 gilt nicht. Für die Vergütung gilt § 120 Abs. 2 bis 4 insoweit, als zusätzlich bei den Vereinbarungen zur Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen eine Abstimmung der Entgelte für vergleichbare Leistungen erfolgt. § 113 Abs. 4 gilt nicht für die Einrichtungen nach Satz 1.“

Nr. 54 - (§ 119b Abs. 3) Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Der Evaluationszeitraum wird um ein Jahr bis zum 31.08.2016 verlängert. Darüber hinaus möchte der Gesetzgeber eine gesetzliche Grundlage für die Datenlieferungen an das InBA schaffen. Dabei werden nun auch die Pflegekassen mit einbezogen.

KBV

Die Verlängerung der Evaluationsfrist ist aufgrund der Komplexität der Regelung und der damit verbundenen Verhandlungen auf den unterschiedlichen Ebenen sachgerecht. Die Schaffung der gesetzlichen Grundlage für Datenlieferungen beseitigt Unklarheiten.

Nr. 55 - (§ 119c neu) Medizinische Behandlungszentren

Mit der Neuregelung sollen medizinische Behandlungszentren ermächtigt werden, in denen Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen behandelt werden können. Analog der Regelung der sozialpädiatrischen Zentren geht der Ermächtigung eine Bedarfsprüfung durch den Zulassungsausschuss voraus. Die Finanzierung wird weiterhin durch Direktverträge mit den Krankenkassen auf Landesebene geregelt werden.

KBV

Die KBV begrüßt es selbstverständlich, wenn die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen verbessert werden kann. Die KBV meint jedoch, dass dies nicht durch die Schaffung neuer Institutsambulanzen geschehen sollte. Institutsambulanzen sollen vor allem Leistungen anbieten, die nicht durch das Leistungsspektrum der vertragsärztlichen Versorgung abgedeckt werden. Ihr Ziel ist es, Patientengruppen zu behandeln, die in den Regelstrukturen der vertragsärztlichen Versorgung nicht angemessen versorgt werden können. Durch die zunehmende institutionelle Öffnung von Krankenhäusern ist diese Versorgungsebene in den vergangenen Jahren allerdings immer stärker gewachsen. Gleichzeitig ist festzustellen, dass Institutsambulanzen, entgegen der gesetzlichen Intention, zusätzlich Aufgaben der Regelversorgung übernehmen.

Aus Sicht der KBV ist es daher erforderlich, diesen Bereich in ein Modell der Versorgungsebenen mit klarer Aufgabenzuweisung und Aufgabenbegrenzung zu integrieren. Leistungen solcher Institutsambulanzen, die sich auf besondere Verfahren oder spezifische Versorgungsaufträge für Patientengruppen beziehen, die nicht durch die vertragsärztliche Versorgung erbracht werden können, sollten deshalb Teil der ASV nach § 116b werden. Leistungen wiederum, die der vertragsärztlichen Versorgung entsprechen, sollten nur nach Bedarfsprüfung durch den paritätisch besetzten Zulassungsausschuss durchgeführt werden. Hierfür ist eine gesetzliche Klarstellung dringend erforderlich. Zumindest wäre erforderlich diese Patientengruppe einschließlich der Versorgungsanforderungen im Rahmen der Selbstverwaltung auch unter Berücksichtigung einer strukturierten Transition zu beschreiben. Als Modell bietet sich die Regelungssystematik des § 118a SGB V an, der eine subsidiäre Ermächtigung vorsieht.

Nr. 56 - (§ 120) Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

Die Finanzierung der Hochschulambulanzen mit ihrem neuen Leistungsbereich wie auch der medizinischen Behandlungszentren erfolgt durch Direktverträge auf Landesebene.

KBV

Die KBV lehnt die Neuregelung ab. Denn die Direktabrechnung mit Krankenkassen führte bislang zu einer völligen Intransparenz des Leistungsgeschehens der Institutsambulanzen. Mit den Geriatrischen Institutsambulanzen hat der Gesetzgeber einen neuen Weg der Integration solcher Strukturen in die vertragsärztliche Versorgung eröffnet unter Herstellung größtmöglicher Transparenz. Ein gleiches Vorgehen ist auch für alle anderen Institutsambulanzen zu fordern. Mindestens aber sollten GKV-SV und DKG verpflichtet werden, im Rahmen der Abrechnung (AMBO-Datensatz) schon heute vorhandener Daten die für die Identifikation der Fälle (Arte, Schwere, Komplexität) notwendigen Daten zu erheben, auszutauschen und anonymisiert zur Verfügung zu stellen. Die gelieferten Abrechnungsdaten sollten für die Abbildung des Versorgungsgeschehens öffentlich oder zumindest gegenüber den Landesausschüssen nutzbar gemacht werden. Bislang werden diese Daten ausschließlich auf der Ebene der einzelnen Krankenkasse erfasst, eine weitergehende Verarbeitung im Hinblick auf Fallzahlen oder aber auch Patientencharakteristika (Alter/Geschlecht) ist nicht möglich.

Nr. 57 - (§ 125 Abs. 1 Satz 4 Nr. 3a neu) Rahmenempfehlungen und Verträge Heilmittel

Durch die Ergänzung wird bestimmt, dass in den Rahmenempfehlungen nach § 125 zwischen GKV-SV und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer insbesondere die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung zu regeln sind. Durch die Regelung werden die Vertragspartner der Rahmenempfehlungen in ihrem Bemühen unterstützt, sich in gemeinsamer Verantwortung auf praktikable Verfahrensweisen im Umgang mit fehlerhaft ausgestellten Verordnungen zu verständigen. Die obligatorische Regelung der notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung in den Rahmenempfehlungen soll insoweit zur Rechtsklarheit zwischen Krankenkassen, verordnenden Ärztinnen und Ärzten und den Heilmittelerbringern beitragen und sicherstellen, dass formale Fehler bei der Ausstellung der Heilmittelverordnung vermieden werden.

KBV

Die KBV begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, Rechtsklarheit zwischen Krankenkassen und den Heilmittelerbringern herstellen zu wollen. Hierbei bedarf es jedoch einer Klarstellung hinsichtlich der Rechtsgrundlagen, auf denen die zwischen GKV-SV und den Heilmittelerbringerverbänden zu schließenden „Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung“ basieren müssen.

Maßgeblich zur Erbringung bzw. Abrechnung der Leistungen durch die Heilmittelerbringer können nur die Angaben sein, die auch den Vertragsärzten als „Pflichtangaben“ verbindlich vorgegeben sind.

Die für die Vertragsärzte geltenden „Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung“ ergeben sich aus der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 sowie aus dem Bundesmantelvertrag nach § 82 Abs. 1, insbesondere aus Anlage 2 zum Vertrag (Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung) und den entsprechenden Erläuterungen.

Dass die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie somit auch zwingende Grundlage für den Heilmittelerbringer sind, hat das BSG bereits mehrfach bestätigt (u.a. BSG-Urteil vom 27.10.2009; Az. B 1 KR 4/09 R; Rd. 35) und ergibt sich darüber hinaus unmittelbar aus § 91 Abs. 6 SGB V.

Davon abweichende Vorgaben können nicht Grundlage für die zwischen GKV-SV und den Heilmittelerbringerverbänden zu schließenden „Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung“ sein. Daher sollten die in § 125 Abs. 1 Nr. 3a (neu) genannten „notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung“ spezifiziert werden.

Änderungsvorschlag der KBV

Ergänzung des § 125 Abs. 1 Nr. 3a:

„Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung entsprechend der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und dem Bundesmantelvertrag-Ärzte nach § 82 Abs. 1 sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung.“

Nr. 64 b) - (§ 137c Abs. 3 neu) Konkretisierung zum Verbotsvorbehalt

Der neu eingeführte Absatz 3 definiert für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der stationären Versorgung, für die noch keine Entscheidung des G-BA vorliegt, dass für ihre Anwendung mindestens das Potenzial dieser Methode gegeben ist und sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst angewandt wird. Dies gilt auch, wenn der G-BA noch keine Überprüfung nach § 137c Abs. 1 durchgeführt hat. Die für die stationäre Versorgung weiterhin bestehende „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“, soll erhalten bleiben, wird aber durch die Formulierung des neuen Absatzes 3 konkretisiert. Hierdurch wird die Rechtsprechung des BSG nachvollzogen und die Möglichkeit der Krankenkassen eingeschränkt, mit Verweis auf einen nicht belegten Nutzen im Einzelfall stationäre Leistungen abzulehnen. Der Gesetzgeber strebt hierdurch eine Gleichstellung von Systementscheidungen und Einzelfallentscheidungen an.

KBV

Die KBV begrüßt die Neuregelung. Denn das Potenzial einer Methode kann ohne eine Feststellung etwa durch den G-BA nur schwer verneint werden. Der Begriff des Potenzials wäre hier erstmals für den Einzelfall zu operationalisieren und sollte auch dort Ergebnis einer evidenzbasierten Bewertung sein. Die Anpassung erscheint aber in Bezug auf den gesetzgeberischen Willen der Aufrechterhaltung des Verbotsvorbehaltes konsistent und erlegt der Krankenkasse für eine Einzelfallentscheidung die gleichen Anforderungen auf, die auch der G-BA bei seinen Systementscheidungen zu berücksichtigen hat.

Änderungsvorschlag der KBV

a) Im Absatz 3 wird als neuer Satz 2 eingefügt:

„Die Bewertung des Potenzials im Einzelfall ist auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin vorzunehmen.“

b) Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 3.

Nr. 65 b) - (§ 137f Abs. 1 Satz 3 neu) Weiterentwicklung strukturierter Behandlungsprogramme

Die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke werden weiterentwickelt. Hierzu wird der G-BA beauftragt, bis zum 31.12.2016 für weitere geeignete chronische Krankheiten, insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen, neue strukturierte Behandlungsprogramme zu entwickeln.

KBV

Die KBV begrüßt ausdrücklich die Erweiterung des Angebotes an strukturierten Behandlungsprogrammen, wenngleich die verbindliche Festlegung von Diagnosen ohne Beachtung des Priorisierungsverfahrens des G-BA willkürlich erscheint. Auf Grundlage des bereits im Frühjahr 2014 durchgeführten Priorisierungsverfahrens für neue DMP-Indikationen wurden im August d. J. vom G-BA-Plenum die vier Indikationen

- Rheumatische Arthritis
- Chronische Herzinsuffizienz
- Osteoporose
- Rückenschmerz

beschlossen. Daher verstehen wir die Vorgaben des Referentenentwurfes zur Entwicklung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f für die Diagnosen Depressionen und Rückenleiden als Bestätigung und Hinweis darauf, das Engagement für DMP zu intensivieren und die vier bisher zur Befassung beauftragten Indikationen um eine weitere Diagnose zu ergänzen.

Wir unterstützen zudem explizit das enge Zeitziel, das dem G-BA für die Erstellung der Programme gesetzt wird. Bis ein Programm für eine neue Indikation in den Arztpraxen und damit bei den Patienten ankommt, vergehen durch die langwierigen Beratungsprozesse im G-BA derzeit mindestens fünf Jahre. Da inzwischen wie in der Gesetzesbegründung erwähnt hochwertige deutsche Leitlinien vorliegen, besteht die Möglichkeit, die Programmentwicklung wesentlich zu straffen.

Das Erreichen des gesetzten Zeitziels 31.12.2016 lässt sich allerdings nur realisieren, wenn dem G-BA gleichzeitig die Möglichkeit eingeräumt wird, sich bei der Festlegung der Anforderungen direkt auf die in der Begründung zitierten Nationalen Versorgungsleitlinien zu beziehen, was bisher in der Verfahrensordnung des G-BA nicht vorgesehen ist. Eine entsprechende Klarstellung sollte daher zumindest in die Gesetzesbegründung aufgenommen werden. Damit wäre auch in Deutschland die Möglichkeit eröffnet, die Umsetzung aktueller, evidenzbasierter Empfehlungen für die großen Volkskrankheiten, die unter Berücksichtigung des deutschen Versorgungskontextes entwickelt wurden, zeitnah durch strukturierte Programme zu unterstützen.

Die konkreten Vorgaben zum Beschluss einer DMP-Richtlinie Depression und Rückenleiden verstehen wir als Aufforderung an den G-BA, strukturierte Programme nach § 137f für chronisch Kranke auch unter dem Aspekt der Verhinderung der Chronifizierung im Sinne von Risiko-Management-Programmen zu entwickeln. Hierfür bitten wir um die erforderliche Präzisierung im jetzigen § 137f.

Nr. 66 - (§ 137h neu) Frühe Nutzenbewertung für Medizinprodukte

Für Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse, die in der stationären Versorgung neu eingesetzt werden sollen, müssen Krankenhäuser, die einen NUB-Antrag beim INeK stellen, zukünftig im Benehmen mit dem Medizinproduktehersteller gleichzeitig einen Antrag auf Bewertung durch den G-BA stellen. Dieser hat zu prüfen, ob es sich um ein neues „wissenschaftlich-theoretisches Konzept“ handelt. Wenn dies bejaht wird, ist durch den G-BA eine Nutzenbewertung innerhalb von drei Monaten durchzuführen.

Demnach ist ein einzelnes Krankenhaus, welches eine neue Methode unter Verwendung eines Medizinproduktes mit hoher Risikoklasse erbringen möchte, verpflichtet, die Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode sowie zu der Anwendung des Medizinproduktes an den G-BA zu übermitteln.

Die Merkmale „Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse“ und „neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept“ sollen durch eine Rechtsverordnung des BMG bis zum 31.12.2015 konkretisiert werden. Im Anschluss daran hat der G-BA drei Monate Zeit, die Regelungen nach § 137h SGB V in seine Verfahrensordnung aufzunehmen.

Die in drei Monaten durch den G-BA durchzuführende Prüfung kann dabei ergeben, dass (1) der Nutzen bereits als hinreichend belegt angesehen werden kann, (2) der Nutzen zwar nicht, dafür jedoch das Potential bestätigt oder aber (3) kein Potential festgestellt werden kann.

Ergibt die Methodenbewertung bei einem noch nicht hinreichend belegten Nutzen ein Potenzial, muss eine Erprobung gem. § 137e durchgeführt werden. Zur Teilnahme daran wären dann alle Krankenhäuser, welche die Methode zu Lasten der Krankenkassen erbringen möchten, verpflichtet.

Krankenhäuser und Hersteller von Medizinprodukten können sich im Vorfeld des Verfahrens vom G-BA beraten lassen. Im Rahmen dieser Beratung kann bereits geprüft werden, ob die gegenständliche Methode überhaupt ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist. Der G-BA kann hierzu einen Beschluss fassen, der veröffentlicht werden muss.

KBV

Diese geplante Vorschrift kann zumindest hinsichtlich der stationären Anwendung von Medizinprodukten mit hoher Risikoklasse als eine Einschränkung des Verbotsvorbehalts betrachtet werden und wird von der KBV grundsätzlich begrüßt. Eine Einschränkung der ungeprüften Einführung von Methoden, wie sie häufig bei Medizinprodukten der Fall ist, erscheint gerade aus der Sicht der Patientensicherheit auch im stationären Sektor gerechtfertigt. Es kann erwartet werden, dass hierdurch ein Einstieg in die Nutzenbewertung von Medizinprodukten auf der Grundlage evidenzbasierter Medizin gelingt.

Das geplante aufwendige Verfahren wird erforderlich, weil es bisher kein nationales oder europäisches Zulassungsverfahren für Medizinprodukte höherer Risikoklassen gibt, wie es unlängst das Sachverständigenratsgutachten gefordert hatte. Hierzu müssten zukünftig noch weitere Anforderungskriterien im Sinne einer Zulassung definiert werden.

In der aktuellen Gesetzesformulierung wird für Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse erstmals eine vollständige Nutzenbewertung in der gleichen Zeitspanne gefordert, die bisher bereits für die mit deutlich geringeren Anforderungen versehene Potenzialbewertung gilt. Auch wenn eine zügige Bearbeitung durch den G-BA aus der Sicht der KBV erforderlich erscheint, regt die KBV an, den Bewertungsablauf analog dem der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach dem AMNOG aufzusetzen. Die Bewertung des Nutzens von risikobehafteten Medizinprodukten, die eine Entscheidung über Ein- oder Ausschluss oder Erprobung dieser Methoden ermöglichen soll, bedarf einer qualitativ angemessenen Bewertung und würde mit einer Bearbeitungszeit von einem halben Jahr – statt drei Monaten – noch deutlich unter den vergleichbaren Verfahren zur Nutzenbewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden liegen.

Änderungsvorschlag der KBV

In § 137h Abs. 1 Satz 4

Das Wort „drei“ wird in „sechs“ geändert.

Nr. 68 - (§ 139b Abs. 5 - neu -) Vorschlagsrecht von Einzelpersonen

Ergänzend zu dem Antragsrecht zur Beauftragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (der den G-BA bildenden Institutionen, des BMG, der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sowie des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten) wird nun auch Versicherten und interessierten Einzelpersonen ein Vorschlagsrecht für Bewertungen eingeräumt. Dem IQWiG obliegt es, besonders bedeutsame Vorschläge für die Versorgung von Patientinnen und Patienten auszuwählen und zu bearbeiten.

KBV

Durch den Wegfall einer entsprechenden Aufgabenzuweisung an das DIMDI tritt das IQWiG an dessen Stelle. Die bisher im Gesetz vorgesehene Bürgerbeteiligung wird dadurch weiterhin aufrechterhalten. Kritisch zu sehen ist, dass das bereits in der Vergangenheit bestehende Problem einer teilweise mangelnden Versorgungsrelevanz der vorgeschlagenen Themen auch durch die neue Zuordnung nicht gelöst ist. Die HTA-Berichte des DIMDI wurden aus diesem Grund im G-BA selten aufgegriffen. Hier sollte die Auswahl von versorgungsrelevanten Themen sichergestellt werden.

Nr. 69 „Besondere Versorgung“ (Elfter Abschnitt Viertes Kapitel § 140a - neu -)

Der Gesetzgeber führt die Verträge nach § 73a und c ff. in einem neuen Paragraphen „Besondere Versorgung“ zusammen. Die Regelung umschreibt die Inhalte der Versorgungsverträge zur besonderen Versorgung als sektorenübergreifend, interdisziplinär fachübergreifend oder besondere ambulante Versorgungsverträge. Es werden auch die Abweichungsmöglichkeiten und ihre Grenzen beschrieben. Es wird weiterhin die Anforderung der Darlegung der Einhaltung von Wirtschaftlichkeitskriterien festgelegt und klargestellt, dass auch reine Managementverträge auf dieser Grundlage geschlossen werden können.

KBV

§ 140a neu wird von der KBV im Hinblick auf die neue optionale Beteiligung der KVen an Verträgen der integrierten Versorgung begrüßt. Die Regelung schafft einen flexiblen Gestaltungsspielraum für Versorgungsprogramme. Erstmals werden KVen an solchen Versorgungsformen beteiligt, was gerade im Hinblick auf die Pflegeheimversorgung eine sinnvolle Weiterentwicklung des Handlungsrahmens von KVen darstellt. Umso bedauerlicher ist deshalb der im Regierungsentwurf eingefügte Einschub „zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen Versorgung teilnehmen“, da er mehr Fragen aufwirft, als Klarheit schafft. Es wird deshalb vorgeschlagen, auf diesen Einschub zu verzichten.

Keinesfalls sollten dabei allerdings bestehende Qualitätsstandards der vertragsärztlichen Versorgung unterschritten werden. Zwar müssen alle beteiligten Leistungserbringer eine Zulassung als Krankenhaus oder als Vertragsarzt/MVZ haben, allerdings besteht die Gefahr, dass die Regelung des § 140a Abs. 3 Satz 2 so verstanden wird, dass sie Leistungen erbringen dürfen, die nicht von ihrem Zulassungsstatus umfasst sind. Damit könnten auch weitergehende Regelungen der Leistungsgewährung (z. B. Genehmigung zur Durchführung von Sonographien etc.), wie sie sich aus dem Vertragsrecht ergeben, außer Kraft gesetzt werden. Dies stünde im Widerspruch mit der Regelung in § 140a Abs. 2 Satz 4. Das sollte klargestellt werden, indem die verbindliche Geltung auch der bundesmantelvertraglichen Vorgaben angeordnet wird. Daher sollte auf den entsprechenden Satz 2 in Absatz 3 verzichtet werden.

Darüber hinaus sollte klargestellt werden, dass die Neufassung des § 140a nicht dazu führen darf, dass die Krankenhäuser auch im rein ambulanten Bereich umfassend tätig werden dürfen. Auch künftig muss ihre Rolle auf Verträge beschränkt bleiben, die der Überwindung von Sektorengrenzen dienen und die eine Zusammenarbeit mit niedergelassenen Vertragsärzten

voraussetzen. Daher ist in Absatz 3 letzter Satz klarzustellen, dass Krankenhäuser oder deren Träger nicht ohne Beteiligung der niedergelassenen Vertragsärzte besondere Versorgungsverträge abschließen dürfen, die ambulante Leistungen beinhalten.

Die Darlegungspflicht der Einhaltung der Wirtschaftlichkeitskriterien gegenüber der Aufsichtsbehörde ist zu begrüßen. Sie stellt den ersten Schritt zu einer verbindlichen Evaluation dar, die Voraussetzung für die Bewertung der Eignung der Fortführung des Konzeptes in der Regelversorgung ist. Hier sollten auch Versorgungsergebnisse berücksichtigt werden.

Die Bereinigungsregelung ist entsprechend der Begründung zur Ablehnung der Bereinigungsregelung bei § 73b abzulehnen.

Die KBV begrüßt schließlich die Festlegung der Mindestanforderungen für Qualitätsstandards auch für die Verträge der besonderen Versorgung.

Für eine erfolgreiche Umsetzung einer einheitlichen sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im G-BA, die alle Qualitätssicherungsdaten entlang des Versorgungspfades der Patienten umfassen muss, ist es darüber hinaus notwendig, dass die Vertragspartner von Selektivverträgen verpflichtet werden, in ihren Verträgen diese QS-Maßnahmen zu verankern und auf deren Umsetzung zu bestehen. Dies betrifft insbesondere die Datenübermittlungspflicht der Krankenkassen für Sozialdaten als auch die Datenübermittlungspflicht für die Teilnehmer an der besonderen Versorgung. Darüber hinaus sind Abrechnungs- und Kodiervorgaben zwingend erforderlich.

Gemäß der Rahmenrichtlinie für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung des G-BA müssen auch selektivvertraglich erbrachte Leistungen, und in diesem Rahmen versorgte Patienten, in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung einbezogen werden.

Änderungsvorschläge der KBV

a) § 140a Abs. 3 Satz 1 Nr. 7

Streichung „zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen Versorgung teilnehmen“.

b) § 140a Abs. 3 Satz 2

Streichung

c) § 140a Abs. 3 Satz 2

„Die Partner der besonderen Versorgung können nur im Rahmen ihres Ermächtigungs- oder Zulassungsstatus tätig werden.“

d) § 140b Abs. 6 Satz 2

Streichung

Nr. 87 - (§ 299) Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung

§ 299 regelt den Umgang mit Daten für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 oder § 136 Abs. 2. Die vorgesehenen Änderungen legen Ausnahmetatbestände fest, um die Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu erleichtern bzw. weiterhin zu ermöglichen.

chen. Betroffen sind insbesondere Qualitätsprüfungen im Einzelfall durch Stichproben nach § 136 Abs. 2, ein wesentliches und seit langem etabliertes Verfahren zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung.

KBV

Die vorgesehenen Änderungen sind notwendig und werden begrüßt. Sie greifen die im G-BA abgestimmten Änderungsvorschläge auf, wenngleich nur zum Teil. Die Änderungen werden es ermöglichen, dass im G-BA Regelungen gefunden werden können, die eine zielführende Umsetzung von Qualitätsprüfungen durch Stichproben zumindest für viele Fragestellungen bzw. Leistungsbereiche weiterhin gewährleisten kann. Allerdings verbleiben ein methodisches und ein fachliches Problem. Auf beide Probleme wurde bereits in der Stellungnahme der KBV vom 07.11.2014 zum Referentenentwurf verwiesen.

Im Hinblick auf die Möglichkeit in § 299 Abs. 2, das Verfahren der Pseudonymisierung im Rahmen der Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen auch auf andere Stellen übertragen zu können, ist unzureichend berücksichtigt, dass die Pseudonymisierung an anderer Stelle als beim Arzt neben einem unverhältnismäßig hohem Aufwand auch aus gewichtigen methodischen Gründen notwendig sein kann. Die KBV regt daher an, das Kriterium „gewichtige methodische Gründe“ in die Neuregelung aufzunehmen.

Im Hinblick auf die in § 299 Abs. 1 vorgesehenen Ausnahmen von der Pseudonymisierungspflicht bleibt unberücksichtigt, dass es zu prüfende Leistungen oder Leistungsbereiche gibt, bei denen eine ordnungsgemäße Dokumentation versichertenbezogener Angaben selbst Gegenstand der Qualitätssicherung ist. Die KBV regt daher an, zu dem Katalog der Ausnahmen von der Pseudonymisierungspflicht auch den Fall aufzunehmen, dass die ordnungsgemäße Dokumentation der versichertenbezogenen Daten Gegenstand der Qualitätssicherung ist. Auch sollte der technische Aufwand für die Pseudonymisierung bestimmter Datenträger als Ausnahmetatbestand aufgenommen werden, wenn dieser sehr hoch ist oder spezielle technische Hilfsmittel benötigt werden.

Ebenfalls unberücksichtigt bleiben die unterschiedlichen Einsichtsrechte in medizinische Qualitätssicherungsdaten bei der Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS). Im Gegensatz zu den stationären Datenannahmestellen (Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung bzw. Landeskrankengesellschaften) haben die KVen nur eine beschränkte Einsichtnahme in medizinische Qualitätssicherungsdaten. Aufgrund dieser unterschiedlichen Einsichtsrechte gemäß § 299 in medizinische Qualitätssicherungsdaten ist die Umsetzung der Aufgaben der KVen als Datenannahmestellen in der sQS deutlich erschwert, oder es müssen – wie z. B. für die Weiterleitung der Rückmeldeberichte an die Ärzte – immer wieder komplizierte und aufwendige Lösungen geschaffen werden. Ohne diese sektorgleichen Voraussetzungen, kann eine sQS auch durch das neue Institut nach § 137a nicht umgesetzt werden.

Änderungsvorschläge der KBV

a) § 299 Abs. 1 Satz 5 Nr. 2 wird wie folgt ergänzt:

„auch vorsehen, dass von einer Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten abgesehen werden kann, wenn für die Qualitätssicherung die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich oder methodisch erforderlich ist und die technische Beschaffenheit des die versichertenbezogenen Daten speichernden Datenträgers eine Pseudonymisierung nicht zulässt und die Anfertigung einer Kopie des speichernden Datenträgers, um auf dieser die versichertenbezogenen Daten zu pseudonymisieren, mit für die Qualitätssicherung nicht hinnehmbaren Qualitätsverlusten verbunden wäre oder eine Pseudonymisierung nur mit einem unverhältnismäßig hohen technischen Aufwand

vorgenommen werden kann oder die ordnungsgemäße Dokumentation der versichertenbezogenen Daten Gegenstand der Qualitätssicherung ist; die Gründe sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.“

b) § 299 Abs. 1 SGB V (neu) wird der Satz 7 geändert:

„Es ist auszuschließen, dass die Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweilige Verbände Kenntnis von Daten erlangen, die über den Umfang der ihnen nach den §§ 295, 300, 301, 301a und 302 zu übermittelnden Daten hinausgeht; dies gilt nicht für die Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf die für die Durchführung der Qualitätsprüfung nach § 136 Abs. 2 erforderlichen Daten und wenn sie Aufgaben als Datenannahmestellen für Richtlinien nach Satz 1 wahrnehmen, wie insbesondere Weiterleitung von Rückmeldeberichten oder Prüfung der Daten auf Vollständigkeit, Vollständigkeit und Plausibilität.“

c) § 299 Abs. 2 Satz 3 wird wie folgt ergänzt:

„Das Verfahren zur Pseudonymisierung der Daten kann in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen auch auf eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren jeweiligen Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennte Stelle übertragen werden, wenn das Verfahren für die in Satz 1 genannten Leistungserbringer einen unverhältnismäßig hohen Aufwand bedeuten würde oder aus gewichtigen methodischen Gründen erforderlich ist; für Verfahren zur Qualitätsprüfung nach § 136 Abs. 2 kann dies auch eine gesonderte Stelle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sein.“

Rechtsgrundlage für die Datenübermittlung an eine gesonderte Stelle

Für den Fall, dass gemäß Absatz 2 Satz 3 das Verfahren zur Pseudonymisierung auf eine getrennte Stelle übertragen wird, müssen die personenbezogenen Daten dorthin übermittelt werden. Hierfür ist eine Rechtsgrundlage erforderlich.

Änderungsvorschlag der KBV

Absatz 2 wird wie folgt ergänzt:

„Die in Satz 1 genannten Leistungserbringer sind berechtigt, personenbezogene Daten an die Stellen gemäß Satz 3 und 5 zu übermitteln.“

Nr. 88 - (§ 300) Verpflichtung der Rechenzentren

Die Verpflichtung der Rechenzentren zur Übermittlung der erforderlichen Arzneimittelabrechnungsdaten an die Prüfungsstellen für die Feststellung von Über- und Unterschreitungen von Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit nach § 84 Abs. 7a wird aufgehoben.

KBV

Die Bereinigung des § 300 Abs. 2 wird begrüßt, da § 84 Abs. 7a mittlerweile aufgehoben wurde.

Darüber hinaus als notwendig erachteter Änderungsbedarf:

Eine vollständige und pünktliche Datenlieferung aus den Rechenzentren an KVen ist Voraussetzung für die regelmäßige Information der Vertragsärzte durch die KVen. Mit der vorgeschlagenen Änderung von Satz 3 (s. unten) wird eine zeitnahe Lieferung der Daten seitens der Apothekenrechenzentren an die KVen sichergestellt, die zuvor durch Streitigkeiten über

zu zahlende Aufwendersätze behindert wurde. Weiterhin wird klargestellt, dass die Datenlieferung im Monatsrhythmus zu erfolgen hat und der Lieferzeitpunkt an die entsprechende Anforderung der KV gebunden ist. Mit der Neuregelung wird ebenfalls klargestellt, dass die Bestimmung des Datenformats weiterhin durch die KVen erfolgt. Damit wird gewährleistet, dass die Datenlieferungen aus unterschiedlichen Rechenzentren einheitlich erfolgen und ohne Zeitverlust weiterverarbeitet werden können.

Änderungsvorschlag der KBV

§ 300 Abs. 2 Satz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die Rechenzentren übermitteln die Daten nach Absatz 1 unentgeltlich auf Anforderung den Kassenärztlichen Vereinigungen monatlich, soweit diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 73 Abs. 8, den §§ 84 und 305a erforderlich sind, sowie dem Bundesministerium für Gesundheit oder einer von ihm benannten Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern; die Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmen angemessene Fristen sowie das Datenformat für die an sie gerichtete Datenlieferung.“

Artikel 2 (Änderungen des SGB V)

Nr. 4 - (§ 79 b) Organe

Bislang lautet die Neuregelung wie folgt: „Die Vertreter der Ärzte müssen überwiegend psychotherapeutisch tätig sein, darunter soll ein Arzt sein, der die Kinder- und Jugendpsychotherapie vertritt.“

Änderungsvorschlag der KBV

„Die Vertreter der Ärzte sollen überwiegend psychotherapeutisch tätig sein, darunter soll ein Arzt sein, der die Kinder- und Jugendpsychotherapie vertritt. Das Nähere regeln dazu Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztliche Vereinigungen in den jeweiligen Satzungen.“

Begründung:

Der Änderungsvorschlag erfolgt aus Praktikabilitätsgesichtspunkten. Die Intention des Gesetzgebers, zu regeln, dass ärztliche Mitglieder wegen der fachlichen Nähe zu dem im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie zu beratenden Fragen überwiegend psychotherapeutisch tätig sein sollen, wird grundsätzlich anerkannt. Allerdings sollte keine Einschränkung dahingehend erfolgen, dass bei der Auswahl der Mitglieder für den Beratenden Fachausschuss für Psychotherapie zwingende Vorgaben einzuhalten sind. Durch das Wort „sollen“ wird ein größerer Ermessensspielraum eröffnet, den die KBV und die KVen durch konkrete Satzungsregelungen ausfüllen können. Es ist Aufgabe der Selbstverwaltung, bei der Besetzung der sie beratenden Fachausschüsse die Vorgaben selbstgestaltend in ihrer Satzung zu regeln.

Nr. 5 - (§ 84) Arznei- und Heilmittelvereinbarung

Der Vorschlag des Regierungsentwurfs zu § 84 sieht im Wesentlichen die Streichung derjenigen Regelungen vor, die der Ermittlung von Richtgrößen dienen. Wesentlicher Kern der Neuregelung ist dabei die Streichung des Absatzes 6, der bisher die Vereinbarung von Richtgrößen beinhaltet hatte, sowie die Streichung von Regelungen, die der Ermöglichung der Richtgrößenprüfung dienen. Weiterhin sieht der Regierungsentwurf die Streichung der Regelung zu den Praxisbesonderheiten für Heilmittel vor. Demgegenüber bleibt die Regelung zur Vereinbarung der Ausgabenvolumina sowohl im Bereich der regionalen Vertragspartner als auch im Bereich der Rahmenvereinbarungen erhalten.

KBV

Grundsätzlich ist der Ansatz des Regierungsentwurfs, die Richtgrößenprüfung aus § 84 zu streichen, zu begrüßen. Insofern sind auch alle Einzelregelungen, die eine Entfernung der Richtgrößen und der Richtgrößenprüfung aus § 84 vorsehen, positiv zu bewerten.

Zu kurz greift der Regierungsentwurf jedoch, indem er die Regelungen zur Vereinbarung von Ausgabenvolumina wie auch die entsprechenden Rahmenvereinbarungen aufrechterhält. Gleichwohl der Gesetzgeber bisher Signale gesendet hat, dass künftig eine rein monetäre Steuerung und Überwachung der Wirtschaftlichkeit im Bereich der veranlassten Leistungen nicht mehr erfolgen soll, findet sich ein Ansatz für eine solche monetäre Betrachtung in der Beibehaltung der Regelungen zu den Ausgabenvolumina. Sie bergen die Gefahr, dass entgegen den Wünschen des Gesetzgebers in der künftig regionalisierten Steuerung und Überwachung der Wirtschaftlichkeit der veranlassten Leistungen, die auf finanzielle Aspekte fokussierte Überwachung bis hin zu einem möglichen Kollektivregress und einer möglichen Weiterführung der Richtgrößenprüfung auf regionaler Ebene bestehen bleibt.

Weiterhin erscheinen aus Sicht der KBV eine Konkretisierung der Datenlieferungen und eine Verbesserung der Datenqualität vor allem im Bereich der Heilmittel als erforderlich. Hierzu sollte über eine gesetzliche Klarstellung das bestehende Heilmittelinformationssystem beibehalten und erweitert werden. Dabei sollen vor allem die Angaben zu §§ 32 Abs. 1a und 84 Abs. 8 Sätze 3 bis 6 (alt) enthalten sein. Die konkreten Anforderungen an den Inhalt der Berichte soll künftig im Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) bestimmt werden. Nur so kann eine zielgerichtete Information durch die KVen und die KBV sowie eine effektive und wirtschaftliche Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln durch die Vertragsärzte erreicht werden.

Änderungsvorschläge der KBV

- a) **Streichung von § 84 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1**
- b) **Streichung von § 84 Abs. 2**
- c) **Streichung von § 84 Abs. 3**
- d) **§ 84 Abs. 4 wird zu Absatz 2**
- e) **§ 84 Abs. 5 wird zu Absatz 3 und wie folgt geändert:**

„Zur Feststellung der veranlassten Arznei- und Heilmittel erfassen die Krankenkassen die während der Geltungsdauer der Arznei- bzw. Heilmittelvereinbarung veranlassten Arznei- und Heilmittelverordnungen arztbezogen, nicht versichertenbezogen. Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten kassenartenübergreifend zusammenführt und jeweils der Kassenärztlichen Vereinigung übermittelt, der die Ärzte, welche die Arznei- bzw. Heilmittelverordnungen veranlasst haben, angehören; zugleich übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Daten den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die Vertragspartner der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 1 sind. Als Arznei- bzw. Heilmittel nach Satz 1 gelten auch Arznei- bzw. Heilmittel, die durch Kostenerstattung vergütet worden sind. Zudem erstellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für monatliche Berichte über die Entwicklung der Menge und Art von Leistungen nach § 31 (Arznei- und Verbandmittel) bzw. § 32 (Heilmittel) und übermittelt diese Berichte als Schnellinformationen den Vertragspartnern nach Absatz 1, insbesondere für Abschluss und Durchführung der Arznei- bzw. Heilmittelvereinbarung sowie für die Informationen nach § 73 Abs. 8. Die Berichte für Heilmittel umfassen auch nach § 32 Abs. 1a und § 84 Abs. 5 (neu) verordnete Heilmittel, die entsprechend getrennt ausgewiesen sind. Für diese Berichte gelten Satz 1 und 2 entsprechend; Satz 2 gilt mit der Maßgabe, dass die Angaben vor Durchführung der Abrechnungsprüfung zu übermitteln sind. Das Nähere zum Inhalt der Berichte insbesondere für Heilmittel wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in den Verträgen nach § 82 Abs. 1 SGB V geregelt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erhält für die Vereinbarung der Rahmenvorgaben nach Abs. 4, für die Vereinbarung von Praxisbesonderheiten nach Abs. 5 sowie für die Informationen nach § 73 Abs. 8 eine Auswertung dieser Berichte. Die Krankenkassen sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 mit der Durchführung der vorgenannten Aufgaben beauftragen. § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend.“

- f) **§ 84 Abs. 7 wird zu Absatz 4**

g) § 84 Abs. 8 wird zu Absatz 5 und wie folgt geändert:

In Satz 2 wird das Wort „Ausgaben“ durch das Wort „Heilmittel“ ersetzt.

h) § 84 Abs. 9 wird zu Absatz 6

Nr. 6 - (§ 106) Wirtschaftlichkeitsprüfung

§ 106 in der Fassung ab dem 01.01.2017 soll die Einführungsnorm in die Wirtschaftlichkeitsprüfung werden. Im Wesentlichen ist die Norm als Ermächtigungsgrundlage für den Erlass gesamtvertraglicher Bestimmungen über die Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie als Vorschrift zur Regionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu charakterisieren.

Absatz 1 ist die Einführungsnorm im engeren Sinn. Demnach haben die regionalen Gesamtvertragspartner Inhalt und Durchführung der Beratung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit durchzuführen und überwachen auf diese Weise die Wirtschaftlichkeit. Auch die Vertragspartner von Selektivverträgen können die Prüfungsstelle nach Satz 2 mit der Prüfung von Leistungen beauftragen. Schließlich enthält Satz 3 eine Ermächtigungsgrundlage zur Datenübertragung.

Absatz 2 enthält einen Verweis auf die einzelne Prüfmethode, die künftig in § 106a für ärztliche und § 106b für ärztlich verordnete Leistungen als jeweilige Ermächtigungsgrundlage für weitergehende Vereinbarungen auf Landesebene verankert sein werden. Weiterhin regelt Absatz 2 die Rechtsgrundlage für Datenübermittlung sowie beinhaltet die Möglichkeit, dass bei Zweifeln an den ermittelten Daten aus einer Stichprobe hochgerechnet werden kann (Absatz 2c des bisherigen Rechts).

Absatz 3 regelt die Tätigkeit der Prüfungsstellen, insbesondere die Aufbereitung der Daten sowie die Entscheidungskompetenz über die Frage, ob ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vorliegt. Ebenfalls in Absatz 3 enthalten ist eine Regelung zu Beratung vor Regress, die der Regelung in § 106 Abs. 5 Satz 2 der bisherigen Rechtslage entspricht.

Absatz 4 beinhaltet eine Regelung der Vorstandshaftung, die der Regelung des Absatz 4b der bisherigen Rechtslage entspricht.

Absatz 5 sieht eine entsprechende Geltung der Wirtschaftlichkeitsprüfung für im Krankenhaus erbrachte Leistung vor und entspricht damit dem Absatz 6 der bisherigen Rechtslage.

KBV

Grundsätzlich zu begrüßen ist die in § 106 verankerte Abkehr von einer zentralen Vorgabe im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Nunmehr wird insbesondere die Richtgrößenprüfung nicht mehr als Regelprüfmethode vorgegeben, vielmehr werden die regionalen Gesamtvertragspartner in die Lage versetzt, eigenständige Lösungen zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit zu finden.

Trotz der positiven Grundtendenz sind in § 106 einige Regelungen enthalten, die aus vertragsärztlicher Sicht äußerst kritisch zu bewerten sind. Zuvorderst ist hier die Regelung des Absatzes 3 zu Beratung vor Regress zu nennen. Die Regelung bleibt in ihrer Anknüpfung an § 106 Abs. 5 Satz 2 des bisherigen Rechts hinter der Regelung des § 106 Abs. 5e, der die Anwendung von Beratung vor Regress unmittelbar vorgegeben hatte, zurück und löst damit auch nicht die durch die Rechtsprechung aufgeworfene Frage, ob Beratung vor Regress in jedem Fall gilt. Insofern ist vor allem auch im Hinblick darauf, dass Regressierungen weiterhin als eines der größten Hemmnisse der Niederlassung von jungen Medizinerinnen und Mediziner gelten, hier anzuregen, dass Beratung vor Regress als unmittelbar geltender Grundsatz

zu werten ist. Dies gilt vor allem deswegen, da die bisherige Regelung des § 106 Abs. 5 Satz 2 durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht so ausgelegt wurde, dass vor einem Regress zwingend eine Beratung stattzufinden hat.

Ebenfalls grundsätzlich kritisch zu sehen ist die Ermächtigung dazu, dass bei Zweifeln an der Richtigkeit der übermittelnden Daten die Wirtschaftlichkeitsprüfung weiterhin an Hand von hochgerechneten Stichproben erfolgen kann. Da die so für mögliche Sanktion gegen Vertragsärzte ermittelte Grundlage mit nicht unerheblichen Unsicherheiten behaftet ist, empfiehlt sich eine Aufgabe der bisherigen Praxis.

Auch die Regelung zur Vorstandshaftung erscheint entbehrlich. Schon bisher ist die Regelung des § 106 Abs. 4b der gegenwärtigen Fassung allenfalls symbolische Bedeutung beizumessen. Da es zusammenhängend mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch nicht zu bekannten Umsetzungsproblemen kommt und das klassische Aufsichtsrecht zur Gewährleistung der Überwachung der Wirtschaftlichkeit als hinreichend erscheint, empfiehlt sich die Streichung der Regelung.

Änderungsvorschläge der KBV

a) Neufassung des Absatzes 3 Satz 3:

„Gezielte Beratungen gehen weiteren Maßnahmen voran. Nachforderungen oder Kürzungen können erstmals für den Prüfzeitraum nach der Beratung festgesetzt werden.“

b) Streichung von Absatz 2 Satz 3

c) Streichung von Absatz 4

Übergangsregelung bis 2017:

§ 106 des Gesetzesentwurfes i.d.F. bis zum 01.01.2017

Nach Art. 18 Abs. 4 tritt eine Veränderung des § 106 erst zum 01.01.2017 in Kraft. Solange bleibt die Regelung des § 106 SGB V in seiner gegenwärtigen Fassung bestehen.

KBV

Grundsätzlich erscheinen die Übergangsfristen im Zusammenhang mit der Reform der Wirtschaftlichkeitsprüfung als verständlich. Allerdings dürfen die für die Reform der Wirtschaftlichkeitsprüfung benötigten Zeitläufe nicht dazu führen, dass die als Hemmnis für die Niederlassung geltende Richtgrößenprüfung in der Zwischenzeit unverändert fortgeführt wird. Stattdessen ist ein Verfahren anzustreben, wonach die Richtgrößenprüfung bis zum Eintritt der reformierten Wirtschaftlichkeitsprüfung zumindest in Form eines Regresses als Konsequenz außer Kraft gesetzt wird. Dies kann dadurch geschehen, indem der Regress aufgrund einer Richtgrößenprüfung bis zur Reform vermieden wird und stattdessen auf die Beratung als Steuerungsinstrument der wirtschaftlichen Ordnungsweise gesetzt wird. Dann wird ein unmittelbarer Effekt für die vertragsärztliche Versorgung erreicht. In Ansehung der verminderten Bedeutung einer reinen finanziellen Ausgabensteuerung (die vor allem auch durch die zunehmende Bedeutung der Ausgabensteuerung durch Rabattverträge und die frühe Nutzungsbeurteilung zu erklären ist) erscheint die Fokussierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung alleine auf die Beratung – zumindest für den Übergangszeitraum – auch als ausreichend.

Änderungsvorschlag der KBV

In § 106 Abs. 5 wird Satz 2 wie folgt geändert:

„Dabei gehen gezielte Beratungen weiteren Maßnahmen voran.“

Nr. 8 - (§ 106c) Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die Regelung des § 106c i. d. F. ab dem 01.01.2017 beinhaltet im Wesentlichen Regelungen zur Organisation und Errichtung von Prüfungsstelle und Beschwerdeausschüssen. Die hier aufgenommenen Regelungen sind bisher im Wesentlichen in § 106 Abs. 4a ff. geregelt gewesen. Wesentliche Änderungen in materieller Hinsicht sind nicht enthalten. Absatz 1 befasst sich mit der Einrichtung von Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss sowie der Rolle des unparteiischen Vorsitzenden. Absatz 2 der Neuregelung beinhaltet die Eigenverantwortlichkeit von Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss sowie die Regelung zur Einrichtung der Prüfungsstelle bei der KV oder einem Landesverband einer Krankenkasse. Weiterhin sind hier die Regelungen zur Leitung der Prüfungsstelle enthalten. Absatz 3 enthält künftig die Regelungen zu den Rechtsmitteln. Diese waren bisher in § 106 Abs. 5 geregelt. Absatz 4 regelt die bisher in § 106 Abs. 4c enthaltene Möglichkeit zur Zusammenfassung von Prüfungsstellen. Absatz 5 schließlich beinhaltet die unveränderten Aufsichtsrechte des bisherigen Absatzes 7.

KBV

Die Regelungen des § 106c bringen im Vergleich zur bisherigen Rechtslage keine wesentlichen Neuerungen. Insofern kann es im Wesentlichen dabei verbleiben, dass zu begrüßen ist, dass die organisatorischen und verfahrensrechtlichen Regelungen zur Prüfungsstelle nunmehr in einem einheitlichen Paragraphen geregelt sind.

Wie auch im bisherigen Recht ist es schwierig, dass die Regelung des § 106c Abs. 3 Satz 4 weiterhin vorgibt, dass die Klage gegen eine vom Beschwerdeausschuss festgesetzte Honorarkürzung keine aufschiebende Wirkung hat. Diese Regelung ist nach Auffassung der KBV als unbillig zu charakterisieren und sollte daher fallen gelassen werden. Es ist nicht nachvollziehbar, warum dem Vertragsarzt bis zum Abschluss eines Verfahrens vorläufige Zahlungspflichten auferlegt werden.

Änderungsvorschlag der KBV

Streichung des § 106c Abs. 3 Satz 5

Artikel 9 (Änderung des Krankenpflegegesetzes) und Artikel 10 (Änderung des Altenpflegegesetzes)

Änderungen des § 4 des Krankenpflegegesetzes

Die Qualifikationsanforderungen für die Tätigkeit im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c werden von einer bisher grundständigen Ausbildung (mind. drei Jahre) in eine „Zusatzausbildung“ abgewandelt. Der Erwerb der Zusatzqualifikation und die damit verbundene Teilnahme an „§-63-Abs.-3c-Modellen“ steht nun allen Berufsangehörigen der Krankenpflege offen. Die Zuständigkeit verbleibt beim Bund. Neu ist die Möglichkeit des G-BA, Standardmodule dafür zu entwickeln. Die Gestaltungsmöglichkeiten der Modellvorhabenpartner bleiben unverändert. Eine Regelung gleichen Inhalts ergeht in Artikel 10 für das Altenpflegegesetz.

KBV

Die Gesetzesänderung ebnet der Umsetzung von „Substitutionsmodellen“ (Heilkunde-Übertragungsrichtlinie) weiter den Weg, da die Qualifizierung dafür nun auch den berufserfahrenen Krankenpfleger/n/innen in Form einer Zusatzausbildung offensteht.

Mit der Änderung in § 63 Abs. 1, wonach die Kassen Modellvorhaben nicht mehr in ihren Satzungen eintragen müssen, wird die Umsetzung von Modellen für die Kassenseite zusätzlich erleichtert. Darüber hinaus ergeben sich neue Finanzierungsoptionen durch den Innovationsfonds. Damit wird die Umsetzung von Modellen nach § 63 Abs. 3c realistisch.

Mit den Änderungen können SGB-V-Akteure im G-BA über die Ausgestaltung der Ausbildungsmodule der Zusatzausbildung mitbestimmen und Standards setzen. Die Ausbildungsstandards können die spätere Versorgungspraxis prägen und Maßstäbe für die praktische Umsetzung der Kooperation zwischen Pflege und Ärzten setzen. Um einer Fragmentierung der ambulanten Versorgung vorzubeugen, sollten Grundsätze interprofessioneller Kooperation in diesen Standards berücksichtigt werden.

Empfehlung der KBV

Neben der Ausgestaltung der Zusatzqualifikation auf Basis konkreter Modelle, eröffnet die Gesetzesänderung eine strukturierte Beteiligungsmöglichkeit über den G-BA. Es wird empfohlen, dem G-BA die Entwicklung von Standard-Modulen für die Zusatz-Ausbildung verbindlicher zuzuweisen, d.h., aus der aktuellen Formulierung in § 4 Abs. 7 Satz 8 eine Soll-Regelung zu machen. Zielsetzung ist es, Grundsätze interprofessioneller Kooperation in der Ausbildung zu verankern.

Artikel 14 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Anpassung der Zulassungsverordnung

1. Zur Verlegung der Tätigkeit angestellter Ärzte analog zur Regelung für zugelassene Ärzte,
2. zur Schaffung der Möglichkeit der Vertretung von angestellten Ärzten sowie
3. zur Anpassung der Gebührenregelungen
4. zur Schaffung von Regelungen im KV-Verteilungsmaßstab, die die Vergrößerungen der Kassenpraxis bei Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten ermöglichen.

KBV

Die Anpassung zur Verlegung der Tätigkeit eines angestellten Arztes an die Regelung für zugelassene Ärzte wird grundsätzlich begrüßt. Die Verlegung wird damit auch innerhalb von ortsübergreifenden MVZ möglich, sofern dem nicht Versorgungsgründe entgegenstehen.

Analog ist die Schaffung der Möglichkeit der Vertretung von angestellten Ärzten zu werten. Auch hier werden MVZ und anstellende Ärzte Vertragsärzten gleichgestellt, um in bestimmten Ausnahmesituationen (Tod, überraschende Kündigung) für die Sicherstellung der Versorgung Assistenten beschäftigen zu können.

Die Abschaffung von Zulassungsgebühren für Zulassungsanträge aus Versorgungsgründen (z. B. in unterversorgten Gebieten) ist gut gemeint, wird jedoch voraussichtlich keine Wirkung entfalten. Bemerkenswert allerdings ist, dass der Zulassungsausschuss künftig auch aus anderen Versorgungsgründen auf die Erhebung von Gebühren verzichten kann. Es ist damit zu rechnen, dass künftig alle Anträge auf Zulassung entsprechende Versorgungsgründe geltend machen werden, was unnötigen Streit und Diskussionsbedarf in die Zulassungsausschüsse bringt. Bereits in der Vergangenheit haben KVen die Gebühren für versorgungsnotwendige Sitze erlassen oder reduziert, ohne dass es hierfür einer gesonderten gesetzlichen Regelung bedurfte.

Gebühren für die (häufig anfallende und in der Regel unaufwendige) Nachbesetzung von Angestelltensitzen zu halbieren ist nachvollziehbar, dient jedoch in erster Linie der Bevorzugung von Angestelltenverhältnissen durch den Gesetzgeber. Dies steht im Widerspruch zur Betonung der Freiberuflichkeit in der Koalitionsvereinbarung.

Änderungsvorschlag der KBV

Ergänzung in § 32 Abs. 3 (Ärzte-ZV)

Die Regelung greift in die Honorarverteilungsautonomie der KVen ein und ist deshalb abzulehnen. Darüber hinaus ist die Begrenzung der Regelung auf Weiterbildungsassistenten der Allgemeinmedizin nicht herleitbar, da Nachwuchsprobleme vor allem auch im Bereich der grundversorgenden fachärztlichen Versorgung zu verzeichnen sind.

Vorschläge zur Änderung der Zulassungsverordnung Ärzte (Ärzte-ZV) in Bezug auf die Arztregister, das Bundesarztregister und die Dokumentation der Barrierefreiheit

a) § 2 Abs. 2 Ärzte-ZV:

„Das Arztregister ist nach dem Muster der Anlage zu führen. Das Arztregister enthält die für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags nach § 75 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch notwendigen Angaben. Die Angaben nach Satz 2 umfassen insbesondere Angaben zur Person, zur Qualifikation, zur

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sowie zum Leistungsort und dessen barrierefreiem Zugang. Das Nähere regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung in einer Richtlinie.“

Begründung

Die KVen und die KBV haben gemäß § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 SGB V bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Zur Vorbereitung und Prüfung von Steuerungsentscheidungen im Hinblick auf die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags bilden detaillierte Informationen zu den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten die notwendige Grundlage. In diesem Zusammenhang ist auch die Zuarbeit für die Landesausschüsse (§§ 100 und 103(1) SGB V i.V.m. § 16 Ärzte-ZV) und die Zulassungsausschüsse (§ 104 SGB V i.V.m. § 16b Ärzte-ZV) bei der Durchführung der Bedarfsplanung nach der „Bedarfsplanungs-Richtlinie“ sowie die Zuarbeit (via Bundesarztregister) für den G-BA (§ 92 Abs. 1 Nr. 9 SGB V und § 101 SGB V) bei dessen Erstellung und Änderung der „Bedarfsplanungs-Richtlinie“ zu nennen.

Die Erhebung von Informationen zur Barrierefreiheit ist insbesondere notwendig, da Einrichtungen des Gesundheitswesens den besonderen Belangen behinderter Menschen Rechnung zu tragen haben. Dazu zählt auch, Versicherten einen möglichst barrierefreien Zugang und Umgang zu ermöglichen. Um Versicherten einen solchen Zugang zu gewährleisten, müssen entsprechende Angaben öffentlich zugänglich sein.

b) § 10 Abs. 2:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen Eintragungen und Veränderungen in den Arztregistern, den besonderen Verzeichnissen über die Ermächtigungen sowie den besonderen Verzeichnissen über die angestellten Ärzte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unverzüglich mit.“

c) § 31 Abs. 10:

„Über die Ermächtigungen führt die (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis. Das Verzeichnis enthält die für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags nach § 75 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch notwendigen Angaben. Die Angaben nach Satz 2 umfassen insbesondere Angaben zur Person, zur Qualifikation, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sowie zum Leistungsort und dessen barrierefreiem Zugang. Das Nähere regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung in einer Richtlinie nach § 2 Abs. 2.“

d) § 32b Abs. 4:

„Über die angestellten Ärzte führt die (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis. Das Verzeichnis enthält die für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags nach § 75 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch notwendigen Angaben. Die Angaben nach Satz 2 umfassen insbesondere Angaben zur Person, zur Qualifikation, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sowie zum Leistungsort und dessen barrierefreiem Zugang. Das Nähere regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung in einer Richtlinie nach § 2 Abs. 2.“

e) Anlage Muster für das Arztregister (zu § 2 Abs. 2, § 31 Abs. 10, § 32b Abs. 4)

Das Arztregister, das besondere Verzeichnis der Ermächtigungen sowie das besondere Verzeichnis der angestellten Ärzte haben folgende Angaben zu enthalten:

1. Angaben zur Person
2. Angaben zum Wohnort
3. Angaben zu Sprachkenntnissen
4. Angaben zu staatlichen Nachweisen zur Berufsgruppenzugehörigkeit bzw. Berufserlaubnis
5. Angaben zur berufsbezogenen Weiterbildung
6. Angaben zur Eintragung im Arztregister/Hilfsregister
7. Angaben zu genehmigungspflichtigen Leistungen
8. Grundlegende Angaben zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (u. a. Rechtsgrundlage der Teilnahme, Beschränkungen der Teilnahme, Fachgebiete der Teilnahme, Umfang der Teilnahme, Ruhen der Teilnahme, Teilnahme an der hausärztlichen beziehungsweise fachärztlichen Versorgung)
9. Angaben zur Zählung in der Bedarfsplanung
10. Angaben zu genehmigungspflichtigen Partnerschaften und Anstellungen
11. Angaben zur belegärztlichen Tätigkeit
12. Angaben zu Betriebsstätten und Nebenbetriebsstätten

Anhang I

§ 37b SGB V – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Unheilbar kranke und sterbende Menschen wünschen sich in der Regel, die letzten Tage ihres Lebens in vertrauter Umgebung im Kreise der Familie verbringen zu können. Dennoch sterben in Deutschland die meisten Menschen in Krankenhäusern. Um dies zu ändern, hat der Gesetzgeber die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) geschaffen. (§ 37b SGB V)

Diese richtet sich an Patienten, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen. Experten sind sich einig, dass 90 % der Schwerstkranken und Sterbenden ambulant durch den vertrauten Hausarzt in Kooperation mit Pflegediensten und anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen versorgt werden können. Eine solche intensive Betreuung durch den vertrauten (Haus-)Arzt ist in den derzeitigen Strukturen zwischen der kurativen vertragsärztlichen Versorgung und der SAPV nicht definiert.

Das Versorgungskonzept zur qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) richtet sich an schwerstkranken und sterbende Patienten und ermöglicht diesen einen fließenden Übergang zwischen der kurativen und palliativen Behandlung sowie ggf. zur Versorgung im Rahmen der SAPV. Ihnen soll ein würdevolles Lebensende in vertrauter häuslicher Umgebung ermöglicht werden, sofern dies medizinisch, pflegerisch und psychosozial vertretbar ist und vom Patienten gewünscht wird. Ausgehend von den bestehenden Versorgungsstrukturen und dem Engagement vieler Ärzte wird die AAPV durch die interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe, insbesondere mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen, gestärkt und die Versorgungsqualität erhöht. Die teilweise entstehende Unsicherheit für den Patienten und seine Angehörigen im Umgang mit besonders schwierigen Situationen sowie für den Patienten belastende Krankenhausaufenthalte können dadurch vielfach überwunden bzw. vermieden werden.

Lösung

1. Gesetzliche Präzisierung eines Leistungstatbestandes der AAPV und einer entsprechenden Versorgungsstruktur als Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung.
2. Fortbestand der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV: § 37b SGB V) und Abgrenzung zu dieser Versorgung.
3. Nähere Ausgestaltung des Versorgungsauftrags durch die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages nach § 87 Abs. 1 SGB V als eine Kooperation durch die an der AAPV teilnehmenden Ärzte mit einer Koordinierung durch einen beauftragten Arzt.
4. Festlegung des Behandlungsumfanges und der Bestimmung der Einzelleistungen und Zusatzpauschalen im EBM; Vergütung bestimmter Einzelleistungen und der Zusatzpauschalen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung.

Änderungsvorschlag der KBV

- a) Nach § 28 wird folgender § 28a eingefügt:

*„§ 28a
Qualifizierte allgemeine ambulante Palliativversorgung
als Leistungsbestandteil der ärztlichen Behandlung*

- (1) *Bestandteil der Leistungen der ärztlichen Behandlung nach § 28 ist eine qualifizierte allgemeine ambulante Palliativversorgung. Leistungsinhalt ist die ärztliche Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Patienten im Um-*

fang der Leistungen und nach Maßgabe der Versorgungsziele der Absätze 2 und 3.

(2) Versorgungsziele und -umfang bestimmen sich als Ergänzung zur ärztlichen Behandlung nach § 28 und in Abgrenzung zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b. § 37b bleibt unberührt.

(3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag nach § 87 Abs. 1 im Einzelnen:

- 1. Das Versorgungsziel der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im Einzelnen als kooperative und koordinierte hausärztliche und fachärztliche Versorgung in Zusammenarbeit insbesondere mit Pflegediensten.*
- 2. Den Versorgungsauftrag der beteiligten Arztgruppen der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung im Einzelnen als kooperativen Versorgungsauftrag der beteiligten Arztgruppen mit Zuweisung der Aufgabe einer Koordinierung an einen der versorgenden Ärzte.*
- 3. Qualifikationsvoraussetzungen und insbesondere gemeinsame Konsilien.*
- 4. Die notwendige Zusammenarbeit mit Pflegediensten.*
- 5. Die ausdrückliche und dokumentierte Teilnahmeerklärung des Versicherten mit Einwilligung in die Behandlung; ggf. ist der Patientenwille nach § 1901 BGB festzustellen.*

(4) Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab wird über die Leistungsbeschreibung und den Behandlungsumfang der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung bestimmt.

(5) Bei der Gestaltung der Leistungsinhalte und -maßnahmen sind berufsrechtliche und strafrechtliche Regelungen zu beachten.“

b) In § 73 Abs. 2

Wird in Satz 1 Nr. 1 nach den Wörtern „ärztliche Behandlung“ der Zusatz „(§ 28, § 28a)“ eingefügt.

c) In § 87 wird folgender Absatz 2f eingefügt:

„Die ärztlichen Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (§ 28a) sind entsprechend der Beteiligung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsebene als gemeinsame und getrennte Einzelleistungen sowie als Zuschlagspauschalen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu bestimmen.“

d) In § 87a wird in Absatz 3 nach Satz 5 folgender Satz 6 angefügt:

„Die Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung nach § 87 Abs. 2f sind mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 und außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütung zu vergüten.“

e) In § 119b wird in Absatz 1 nach Satz 7 folgender Satz angefügt:

„Die Kooperation kann auch die Versorgung mit Leistungen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung nach § 28a gemäß den hierzu geregelten vertraglichen Bestimmungen umfassen.“

§ 87 Abs. 1 SGB V - Kooperative Versorgungsaufträge als Regelungsbestandteil des Bundesmantelvertrages

Es hat sich als notwendig erwiesen, verbindlicher als bisher kooperative Versorgungsaufträge in der vertragsärztlichen Versorgung zu regeln. So ist beispielsweise die neuropsychiatrische Versorgung als verbindliches Versorgungsziel vorzuschreiben, da sie notwendigerweise die Zusammenarbeit von Hausärzten, Fachärzten und Psychologischen Psychotherapeuten fordert.

Konkrete Regelung von Versorgungszielen und Versorgungsaufträgen als verbindlicher und regelhafter Bestandteil des Bundesmantelvertrages für die vertragsärztliche Versorgung.

Änderungsvorschlag der KBV**In § 87 SGB V werden in Absatz 1 folgende Sätze 4 und 5 angefügt:**

„Im Bundesmantelvertrag für die vertragsärztliche Versorgung sind Versorgungsziele für kooperative Versorgungsaufträge beteiligter Arztgruppen und Psychotherapeuten vorzuschreiben. Solche Versorgungsziele sind insbesondere die Dialyseversorgung, die neuropsychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung von erkrankten Versicherten mit bestimmten Diagnosen sowie weitere kooperative Versorgungsaufträge, wie sie für eine spezialisierte Versorgung erforderlich sind.“

§ 82 Abs. 4 SGB V - Vertraulichkeit der Verhandlungen der Partner des Bundesmantelvertrages Ärzte**In § 82 wird folgender Abs. 4 angefügt:**

„Die Beratungen der Partner der Bundesmantelverträge einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften sind vertraulich. Die Vertraulichkeit gilt auch für die zur Vorbereitung und Durchführung der Beratungen der Partner des Bundesmantelvertrages dienenden Unterlagen.“

Begründung

Die Regelung stellt klar, dass die Beratungen der Partner des Bundesmantelvertrages auch bei Auskunftersuchen nach dem Informationsfreiheitsgesetz (IFG) vertraulich sind. Nach § 3 Nr. 4 IFG besteht kein Anspruch auf Informationszugang, wenn die Information einer durch Rechtsvorschrift geregelten Geheimhaltungs- oder Vertraulichkeitspflicht unterliegt. Eine entsprechende Regelung gilt bereits für die Beratungen im (Erweiterten) Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 3 Satz 3 ff. sowie für alle nicht öffentlichen Sitzungen des G-BA nach § 91 Abs. 7 Satz 7. Die Vertraulichkeitspflicht umfasst neben den Beratungen, den Beratungsunterlagen, den Ergebnissen der Beratungen (Niederschriften/Protokolle) auch die zur Vorbereitung und Durchführung der Beratungen dienenden Unterlagen der Partner des Bundesmantelvertrages. Die Verhandlungen der Partner des Bundesmantelvertrages als Teil der gemeinsamen Selbstverwaltung sind oft durch gegensätzliche Interessen geprägt, die von jeder Seite Kompromisse erforderlich machen. Den von KBV und GKV-SV entsandten Teilnehmer würde ohne die Zusicherung der Vertraulichkeit eine Äußerung ihrer fachlichen Meinung und die Zustimmung zu Kompromissen erschwert oder unmöglich gemacht, da sie befürchten müssten,

dass entsprechende, ggf. im Laufe der Beratungen auch geänderte Positionierungen im Nachhinein veröffentlicht werden. Die Kompromissfindung und sachbezogene Diskussion als eines der Wesensmerkmale der Selbstverwaltung würde vor diesem Hintergrund deutlich beeinträchtigt.

§ 115a SGB V - Vor- und Nachstationäre Behandlung im Krankenhaus durch Vertragsärzte

Änderungsvorschläge der KBV

§ 115a Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ ersetzt.
- b) Es wird folgender Satz angefügt:

„Die Behandlung nach Satz 1 ist nicht nachrangig zu einer vertragsärztlichen Versorgung.“

Begründung

Zur Änderung in Absatz 1 Satz 1:

Das Wort „kann“ wird durch das Wort „soll“ ersetzt. Hiermit wird das Krankenhaus im Regelfall verpflichtet, bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 115a SGB V eine vor- bzw. nachstationäre Behandlung anzubieten. Durch die Regelung soll verhindert werden, dass Patienten ohne einen festen ärztlichen Ansprechpartner für die Nachsorge „blutig“ entlassen werden. Zudem soll ausgeschlossen werden, dass die Nachsorge im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung über die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung finanziert wird, obwohl eine entsprechende Behandlung im Krankenhaus von der abgerechneten Kostenpauschale noch umfasst gewesen wäre. Von der Kostenpauschale ist eine Behandlung dann umfasst, wenn die einschlägige Grenzverweildauer noch nicht überschritten ist. Diese Form der Doppelzahlungen soll zukünftig vermieden werden.

Zur Anfügung des Satzes 4 in Absatz 1:

Der neu angefügte Satz stellt klar, dass die vor- und nachstationäre Behandlung nicht gegenüber der vertragsärztlichen Versorgung nachrangig ist. In der Rechtsprechung zu § 115a SGB V a.F. war davon ausgegangen worden, dass die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V nur dann in Betracht kommt, wenn sie erforderlich ist. Erforderlich sollte sie nach der Rechtsprechung dann nicht sein, wenn stattdessen vertragsärztliche Versorgung bzw. Diagnostik ausreichend ist (BSG, Urt. v. 17.09.2013, Az.: B 1 KR 51/12 R; BSG, Urt. v. 17.09.2013, Az.: B 1 KR 21/12 R; BSG, Urt. v. 17.09.2013, Az.: B 1 KR 67/12 R). Ein solcher Vorrang der vertragsärztlichen Versorgung war zwar nicht ausdrücklich in Bezug auf die vor- und nachstationäre Versorgung im SGB V normiert, wurde aber von den Gerichten aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V und dem Regelungszweck hergeleitet. Mit der Anfügung des Satzes 4 wird klargestellt, dass ein solcher Vorrang der vertragsärztlichen Versorgung in Bezug auf die vor- und nachstationäre Versorgung gemäß § 115a SGB V nicht gilt.

§ 130b SGB V - Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel

KBV

In der vertragsärztlichen Versorgung besteht durch die Vereinbarungen nach § 130b SGB V das Problem, dass – sofern nur für einzelne Indikationen ein Zusatznutzen festgestellt wurde – trotz der Einigung auf einen Erstattungsbetrag für die gesamte Anwendungsbreite des Arzneimittels die Wirtschaftlichkeit der Verordnung in einem Teil der Anwendungsgebiete bestritten wird. Zur Erhöhung der Transparenz ist es daher erforderlich, dass im Rahmen der Vereinbarung eines Erstattungsbetrages auch eine einheitliche Entscheidung über die Wirtschaftlichkeit der Verordnung getroffen wird.

Änderungsvorschlag der KBV

- a) **§ 130b Abs. 1 Satz 8 wird gestrichen.**
- b) **In § 130b Abs. 3 wird folgender Satz 1 vorangestellt:**

„Der nach Abs.1 vereinbarte Erstattungsbetrag stellt die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung her.“

Anhang II

Förderung und Finanzierung der Ausbildung und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und patientennahen Fächern durch eine gesetzlich initiierte Stiftung („Förderstiftung medizinische Aus- und Weiterbildung“)

KBV

A.

Ausgangslage (Problem und Lösungsziel) [zugleich Allgemeine Begründung]

I. Problem

1. Die demographische Entwicklung der Bevölkerung, wie sie sich abzeichnet, und die damit einhergehende Veränderung der Morbidität, insbesondere der älteren Menschen, machen es erforderlich, dass die Versorgungsstrukturen hinsichtlich der Anforderungen, insbesondere an die ambulante Versorgung, geändert werden. Die mit dieser Entwicklung verbundenen Herausforderungen stellen erhöhte Ansprüche im ambulanten Bereich an die Notwendigkeit angepasster Versorgungsmöglichkeiten, insbesondere in der hausärztlichen und patientennahen fachärztlichen Grundversorgung, dar. Dem entspricht indessen nicht die Nachwuchsentwicklung in der ärztlichen Versorgung.

Es ist notwendig, die Ausbildung und die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und in anderen „patientennahen“ Fachgebieten stärker als bisher auf die konkreten Herausforderungen der ambulanten Medizin auszurichten. Die jetzigen Formen der Aus- und Weiterbildung müssen dementsprechend auf die künftigen Gegebenheiten in der Morbidität und die Versorgungsnotwendigkeiten insofern ausgerichtet werden, als die Besonderheiten der ambulanten Versorgung stärker als bisher in der Aus- und Weiterbildung berücksichtigt werden. Dies betrifft sämtliche Bereiche des medizinischen Spektrums von der Prävention über die Krankheitsbehandlung bis hin zur Rehabilitation.

Deshalb sind grundlegende Änderungen erforderlich, welche aber zugleich durch begleitende Maßnahmen hinsichtlich der strukturellen und finanziellen Voraussetzungen für eine Veränderung der Aus- und Weiterbildungsprozesse begleitet werden müssen.

2. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hatte vor dem letzten Deutschen Ärztetag die Forderung nach einer obligatorischen Weiterbildung („Pflichtweiterbildung“) in der ambulanten Versorgung, insbesondere der vertragsärztlichen Versorgung, in geeigneten Arztpraxen nicht nur in der Allgemeinmedizin – dies ist im geltenden Recht grundsätzlich vorgesehen – hinsichtlich eines mindestens sechsmonatigen Pflichtabschnitts auch in anderen patientennahen Fächern vorgeschlagen. Eine entsprechende weiterbildungsrechtliche Regelung ist jedoch bisher nicht vorgesehen. Sie wäre gegebenenfalls über die Länder bei Änderungen in den Kammer- und Heilberufsgesetzen durchsetzbar.
3. Soweit es die Ausbildung zum Arzt angeht, ist der Bund zuständig und könnte Regelungen in der Approbationsordnung verankern. Bei der letzten Novellierung der Approbationsordnung hat sich jedoch die Forderung nach einem Pflichtabschnitt im Praktischen Jahr (PJ) in der Allgemeinmedizin nicht durchsetzen lassen. Es besteht dazu lediglich eine Quotenregelung für die Vermittlung von geeigneten Ausbildungsplätzen mit einer entsprechenden Pflicht für die Universitäten. Der Bundesrat hat dies in einer Entschließung bei der letzten Novellierung kritisiert. Er hält verpflichtende Ausbildungsabschnitte in der hausärztlichen Praxis für erforderlich.

II. Ziel des Vorschlags

1. Dauerhafte Sicherung der Qualität der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und patientennahen Fächern durch geeignete Fördermaßnahmen und Finanzierungsbeiträge zur Vergütung der Ärzte in Weiterbildung
2. Einführung von Förder- und Finanzierungsmaßnahmen in der praktischen Ausbildung in der Allgemeinmedizin während des Studiums, insbesondere im Praktischen Jahr.
3. Organisation und Vorgaben der Mittelverwendung durch Errichtung einer Stiftung.
4. Sicherung der Finanzmittelaufbringung durch GKV, KV- und Krankenhausbeiträge sowie Finanzbeiträge der PKV.

B. Gesetzgebungsvorschlag

I. Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

1. Nach § 122 SGB V werden folgende §§ 123 und 123a SGB V eingefügt:

„§ 123
Förderstiftung medizinische Aus- und Weiterbildung

- (1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung fördern durch die nachstehenden organisatorischen und inhaltlich-strukturellen Maßnahmen zum Zwecke der Bildung personeller Ressourcen für die Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung die medizinische Ausbildung und Weiterbildung. Sie errichten zu diesem Zweck eine rechtsfähige Stiftung des privaten Rechts.
- (2) Stiftungsorgane sind der Vorstand und das Kuratorium. In der Stiftungssatzung ist vorzusehen, dass die Träger der Stiftung nach Absatz 1 Satz 1 in den Stiftungsorganen vertreten sind. Dem Stiftungsvorstand und dem Kuratorium gehört jeweils auch ein Vertreter der Bundesärztekammer an.
- (3) Die Stiftung hat einen Beirat, dessen Mitglieder durch den Stiftungsvorstand berufen werden. Aufgabe des Beirats ist die Beratung der Stiftungsorgane über grundlegende Aspekte der Weiterbildung und mit ihr verbundene Probleme der Ausbildung, welche für die Erfüllung der Aufgaben der Stiftung nach Absatz 4 Bedeutung haben.
- (4) Aufgaben der Stiftung sind:
 1. Weiterbildungsstätten in der vertragsärztlichen Versorgung und Weiterbildungsassistenten in der Allgemeinmedizin und in den patientennahen Fächern der weiteren Fachgebiete finanziell zu fördern. Die Dauer der Förderung entspricht den für die Dauer der ambulanten Weiterbildungsabschnitte in den jeweiligen landesrechtlichen Vorschriften (Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern) anrechenbaren Zeiten. Der Umfang und die Höchstzahl der zu fördernden Stellen wird durch die Träger der Stiftung, den Vorstand in Abstimmung mit dem Kuratorium, festgelegt, wobei die Vergütung in Krankenhäusern Referenzvergütung für die

Weiterbildungsassistenten in der Arztpraxis und Medizinischen Versorgungszentren ist. Eine nähere Ausgestaltung der Vergütung in vertragsärztlichen Weiterbildungsstätten erfolgt durch Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

2. Die finanzielle Förderung umfasst die Vergütung des Weiterbildungsassistenten sowie infrastrukturellen Aufwand der Weiterbildungsstätte in Bezug auf den jeweiligen Weiterbildungsassistenten. Dies gilt bei Weiterbildung im Krankenhaus hinsichtlich der für die Förderung der Weiterbildung in Betracht kommenden Fachgebiete nur bei Einrichtung selbstständiger Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin. Für die übrigen patientennahen Fachgebiete erstreckt sich bei Weiterbildung im Krankenhaus die Förderung nur auf den infrastrukturellen Aufwand; die Förderung im Rahmen der anrechenbaren Abschnitte im ambulanten Bereich bleibt unberührt.
 3. Strukturelle Förderung der Weiterbildung durch Empfehlungen für organisatorische Lösungen in der Zusammenarbeit von bestehenden Koordinierungsstellen mit anderen Beteiligten.
 4. Finanzielle Unterstützung von Fortbildungsangeboten für weiterbildungsbefugte geförderte Arztpraxen.
 5. Modelle und Empfehlungen für Verbundweiterbildung.
 6. Empfehlungen für eine Weiterbildung in Praxisnetzen.
 7. Im Ausbildungsbereich: Finanzielle Förderung der Ausbildung in den Pflichtabschnitten im Bereich der Allgemeinmedizin durch Übernahme einer Vergütung für Absolventen des Praktischen Jahres und eine Aufwandsentschädigung für Praxen, in denen diese Ausbildung durchgeführt wird.
- (5) Für die Finanzierung der Stiftung gilt § 123a. Die Kosten für die Teilnahme der Mitglieder seitens der Trägerorganisationen in den Stiftungsorganen tragen die entsendenden Organisationen. Dies gilt auch für die Vertreter der Bundesärztekammer in den Stiftungsorganen und für Vertreter von Organisationen und Bundesverbänden im Beirat mit Ausnahme von Sachverständigen, die eine besondere Beratung vornehmen.
- (6) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung verteilt für die Stiftung die zur Verfügung gestellten Mittel entsprechend der zu fördernden Weiterbildungsstellen und Vergütungen der Weiterbildungsassistenten. Adressat der Verteilung ist die Weiterbildungsstätte. Es wird ein Konto für den förderungsfähigen Weiterbildungsassistenten eingerichtet, von dem die Zahlungen an die Weiterbildungsstätte ausgeführt werden. Die Zahlungen dürfen nur für die Weiterbildungsassistenten verwendet werden. Eine entsprechende Verpflichtung ist auch in die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzunehmen. Der förderungsfähige Weiterbildungsassistent ist der Stiftung vor der Förderung durch die Weiterbildungsstätte zu benennen. die Arztnummer nach § 293 Abs. 4a SGB V ist mitzuteilen.
- (7) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung führt die Geschäfte der Stiftung; sie kann zu diesem Zweck mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zusammenarbeiten. Der Aufwand der Geschäftsführung, der auch die Verteilung der Mittel umfasst, ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu erstatten.

§ 123a Finanzierung der Stiftung

- (1) Zur Finanzierung der Förderaufgaben der Stiftung nach § 123 bilden die Kassenärztlichen Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaft (§ 108a) im Land einen gemeinsamen Förderfonds. Die Träger des Fonds können organisatorisch auch einen bestehenden Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a nutzen, der um die Mitwirkung und Mitfinanzierung der Landeskrankenhausgesellschaft erweitert wird. In diesem Falle wird der Förderfonds als ein Teilstrukturfonds mit getrenntem Haushalt bei der Kassenärztlichen Vereinigung verwaltet. Besteht kein Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a oder kommt eine Regelung nach Satz 2 nicht zustande, wird der Förderfonds ebenfalls von der Kassenärztlichen Vereinigung verwaltet. Der Kassenärztlichen Vereinigung steht ein Aufwendungsersatz zu.
- (2) Die Höhe der Fördermittel für die Fonds wird gemäß Absätzen 5 und 7 durch die Stiftung festgelegt. Die Festlegung umfasst auch die Bestimmung der Anteile der einzelnen Fonds zur Finanzierung der Stiftung. Hinsichtlich der Beitragsanteile für die Fonds werden die Beitragsanteile für die gesetzliche Krankenversicherung auf 90 v.H. und für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften auf jeweils 5 v.H. festgelegt. Die Finanzierungsanteile der gesetzlichen Krankenversicherung werden außerhalb der Gesamtvergütung nach § 85 oder der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 geleistet; sie gehen auch nicht in den Gesamtbetrag oder die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung ein. Im Übrigen richten sich die Finanzierungswege für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhäuser nach den Absätzen 3 und 4.
- (3) Der Beitrag der Kassenärztlichen Vereinigung darf 0,1 v.H. der nach § 87a Abs. 3 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nicht übersteigen. Die Fördermittel von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung werden je nach dem Ziel der Förderaufgabe für die allgemeinmedizinische Weiterbildung und die fachärztliche Weiterbildung getrennt aus dem für die hausärztliche Versorgung und die fachärztliche Versorgung gebildeten Gesamtvergütungen entnommen (§ 85 Abs. 2c).
- (4) Der Beitrag der Krankenhäuser wird von der Landeskrankenhausgesellschaft nach einem Prozentsatz je stationären Behandlungsfall, den das Krankenhaus abrechnet, erhoben. Die Höhe richtet sich nach dem Gesamtfinanzierungsanteil der Landeskrankenhausgesellschaft für den Förderfonds; sie teilt die Beiträge auf und legt die Höhe fest.
- (5) Die Gesamtförderbeiträge nach Absatz 2 sollen die voraussichtlichen Finanzierungskosten für die Aufgaben der Stiftung, vorrangig jedoch die Finanzierungskosten für die Weiterbildungsstellen im jeweiligen Kalenderjahr decken. Sie sind erstmalig zum 01.07.2015 für das Jahr 2016 festzusetzen.
- (6) Der Beitrag des Verbandes der privaten Krankenversicherung wird für jeden Förderungsfall auf einen Vom-Hundert-Satz des fallbezogenen Gesamtzuschlags nach Absatz 2 festgesetzt. Der Vom-Hundert-Satz soll 10 v.H. des Betrages nach Satz 1 nicht überschreiten.
- (7) Das Nähere über die Vorausberechnung der Finanzierungsbeiträge bestimmt

der Vorstand der Stiftung nach vorheriger Beratung durch das Kuratorium und die Träger der Stiftung. Der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung ist zuvor gesondert anzuhören. Der Vorstandsbeschluss ergeht einstimmig auf der Grundlage der Vorausberechnungen über die Zahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen und die Vergütungen.

- (8) Die Förderfonds leiten die für die Stiftung bestimmten Fördermittel entsprechend den Festlegungen der Stiftung an die Kassenärztliche Bundesvereinigung weiter (§ 123 Abs. 7). Die Unternehmen der privaten Versicherung finanzieren ihren Beitrag gemäß einer vom Verband der privaten Krankenversicherung, über den die Beiträge an die Kassenärztliche Bundesvereinigung weitergeleitet werden, getroffenen Festlegung.
- (9) Das Nähere über die Weiterleitung der Mittel aus den Förderfonds sowie entsprechende Fristen regelt der Stiftungsvorstand einstimmig in einer Finanzierungsregelung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.“

2. In § 293 SGB V wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Absatz 4 gilt entsprechend für die Vergabe einer Arztnummer an Weiterbildungsassistenten, für die eine Förderung nach § 123 SGB V erfolgt. Die Vergabe der Arztnummer wird durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung veranlasst.“

II. Aufhebung Art. 8 GKV-SolG

Art. 8 GKV-Sol G wird mit der Maßgabe aufgehoben, dass im Jahre 2014 begonnene Fördermaßnahmen entsprechend den vertraglichen Regelungen gemäß Absätzen 4 und 5 dieser Vorschrift fallbezogen noch in das Jahr 2015 fortgeführt werden.

III. Inkrafttreten

§§ 123 und 123a sowie § 293 Abs. 4a SGB V treten mit Inkrafttreten des GKV-VSG in Kraft.

C. Einzelbegründung

Die vorgeschlagenen Vorschriften zu § 123 und § 123a SGB V enthalten ein Konzept für eine sichere und zeitgerechte finanzielle Förderung der Weiterbildung in der ambulanten Medizin in den jeweiligen vorgesehenen anrechnungsfähigen Weiterbildungsabschnitten bei Weiterbildungsstätten im ambulanten Bereich sowie eine allgemeine infrastrukturelle Zusatzförderung.

In Ergänzung zur allgemeinen Begründung sind dazu folgende Erwägungen maßgeblich:

1. Status Quo der Finanzierung der Weiterbildung

Stationär:

Bislang sind im stationären Bereich die Gehälter der Weiterbildungsassistenten im DRG-System abgebildet. Pauschalisiert werden in der Kostenkalkulation Aufwendungen für indirekte Kosten wie die nicht-medizinische Infrastruktur (u. a. Aus-, Fort- und Weiterbildung) benannt, konkrete Beträge sind jedoch nicht ausgewiesen. Aufwendungen für die Infrastruktur der Weiterbildung (Weiterbündungsverbände, Aufwendungen für eine qualitativ hochwertige Weiterbildung) sind nicht enthalten.

Ambulant:

In der ambulanten Versorgung wird bislang ausschließlich im Rahmen des Förderprogramms Allgemeinmedizin eine Finanzierung der Assistentengehälter durch die GKV und die Kassenärztlichen Vereinigungen übernommen. Weitergehende Aufwendungen der Weiterbildungsstätte werden nicht abgegolten. Regional unterschiedlich werden Weiterbildungsverbände unterstützt sowie weitergehende Unterstützungsmaßnahmen gefördert. Verschiedentlich wird berichtet, dass Anträgen von Weiterbildungsassistenten auf Förderung nicht entsprochen werden kann.

Fazit:

Die Finanzierung ambulanter Weiterbildungsabschnitte ist mit Ausnahme der Allgemeinmedizin nicht sichergestellt und muss erweitert werden.

2. Vorgeschlagene Lösungen im Einzelnen

Zum Zwecke der Organisation der Mittelzuwendung wird die Einrichtung einer Institution vorgeschlagen (Stiftung), deren Trägerschaft den Trägern des Förderprogramms Allgemeinmedizin entspricht (KBV, DKG, GKV-SV). Wegen der Bedeutung und der Aufgaben der Stiftung im Bereich der Weiterbildung ist vorgesehen, dass auch ein Vertreter der Bundesärztekammer dem Vorstand und dem Kuratorium angehört. Für die Finanzierung einer verpflichtenden ambulanten Weiterbildung ist die Erhebung eines Systemzuschlags (GKV/PKV) vorzusehen. Die Finanzierung umfasst dabei die Vergütung der Weiterbildungsassistenten, die Aufwendungen der Weiterbildungsstätte sowie den Aufbau der erforderlichen Infrastruktur (z. B. Einrichtung von Weiterbildungsverbänden und Organisationsstellen). Bestandteil der Institution soll ein breit aufgestellter wissenschaftlicher Beirat sein, der mit fachlicher Expertise den Stiftungsvorstand unterstützt.

Das Aufgabenspektrum der Stiftung bezieht sich auf die Förderung der Umsetzung der jeweils verabschiedeten Weiterbildungsordnung. Zur besseren Verzahnung von Aus- und Weiterbildung ist auch die Förderung von Teilen der ärztlichen Ausbildung vorgesehen (z.B. Aufwandsentschädigungen für ambulante Anteile des praktischen Jahres).

Für jeden Weiterbildungsassistenten der jeweiligen Fachrichtung wird die Finanzierung eines ambulanten Weiterbildungsabschnittes in der nach dem Weiterbildungsrecht anrechnungsfähigen Dauer vorgesehen. Die Vergütung orientiert sich dabei an den Gehaltsaufwendungen des stationären Bereichs (inkl. Arbeitgeberanteil). Die Gehaltszahlung erfolgt durch die Weiterbildungsstätte, der zudem durch einen Zuschlag entstehende Mehraufwände (z. B. geeignete Räumlichkeiten für Weiterbildungsassistenten, Anleitungszeit etc.) erstattet werden.

Für die Organisation von Weiterbildungsverbänden, wie sie sich regional herausgebildet haben, sowie die Finanzierung von Organisationsstellen sind zusätzliche Mittel vorzusehen.

In einer ersten Kalkulation entstehen jährliche Kosten von ca. EUR 500 Mio.

3. Die Mittel für die finanzielle Förderung werden durch gemeinsame Förderfonds der GKV, der KVen und der Landeskrankengesellschaften aufgebracht. Die überwiegende Finanzierung durch die GKV entspricht faktisch einem Systemzuschlag in Analogie zu bestehenden Regelungen im Bereich der Finanzierung des G-BA, des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie des InBA.

Die Einführung einer entsprechenden Finanzierungsregelung ist verfassungsrechtlich durch die hochrangige Gemeinwohlaufgabe der Sicherung der Zukunft der gesundheit-

lichen Versorgung der Bevölkerung in der ambulanten Medizin gerechtfertigt. Insoweit ist auch der Beitrag der privaten Krankenversicherung begründet. Denn auch die medizinische Versorgung der privatversicherten Bevölkerung basiert auf der ausreichenden und fachspezifischen Bereitstellung medizinischer Leistungen durch dazu ausgebildete und weitergebildete Ärzte.

Im Übrigen wird auf die Anmerkungen in dem nachfolgenden Abschnitt D, insbesondere D.IV.), hingewiesen.

D. Ergänzende Begründung

I. Die in Betracht kommenden Fachgebiete

Die Weiterbildung in Vertragsarztpraxen oder Medizinischen Versorgungszentren [MVZ] (s. dazu nachstehend II.) sollte sich neben der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auch auf Fachgebiete erstrecken, die nach der Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung als Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung gekennzeichnet sind (s. § 12 der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA vom 20.12.2012). Danach handelt es sich insbesondere um

1. Augenärzte
2. Chirurgen
3. Frauenärzte
4. Hautärzte
5. HNO-Ärzte
6. Neurologen und Psychiater
7. Orthopäden
8. Urologen
9. Kinderärzte

Die Bezeichnung im Einzelnen muss mit den entsprechenden weiterbildungsrechtlichen Fachgebieten harmonisiert werden.

II. Weiterbildung im ambulanten Bereich

Eine Weiterbildung in den vorgenannten Fachgebieten muss im Hinblick auf die Zielsetzung der Stabilisierung und notwendigen künftigen Sicherung des Ärztenachwuchses in der vertragsärztlichen Versorgung und damit auch in der Gewinnung eines entsprechenden Kenntnis- und Erfahrungsschatzes für eine solche Tätigkeit in Arztpraxen oder MVZ erfolgen, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. Sie sollte die Mindestdauer von sechs Monaten umfassen. Die Wahl der Weiterbildungsstätte ist dem weiterzubildenden Arzt freigestellt. Es muss sich allerdings um weiterbildungsrechtlich zugelassene Weiterbildungsstätten handeln (s. dazu III.).

III. Qualität der Weiterbildung

1. Die grundsätzliche Geltung des weiterbildungsrechtlichen Maßstabs

Hinsichtlich der Bedingungen an die weiterbildungsrechtlichen Abläufe ist grundsätzlich die maßgebliche Weiterbildungsordnung der Ärztekammer anzuwenden. Die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (Stand: 25.06.2010) bestimmt,

dass die Weiterbildung in angemessen vergüteter hauptberuflicher Ausübung der ärztlichen Tätigkeit an zugelassenen Weiterbildungsstätten durchgeführt worden ist. Sie erfolgt unter „Anleitung“ befugter Ärzte in praktischer Tätigkeit und theoretischer „Unterweisung“ sowie teilweise durch erfolgreiche Teilnahme an anerkannten Kursen (§ 4 Abs. 1 Satz 1 M-WBO). § 5 Abs. 3 M-WBO enthält folgende Konkretisierung: Der befugte Arzt ist verpflichtet, die Weiterbildung „persönlich zu leiten“ und grundsätzlich ganztägig „durchzuführen“ sowie „zeitlich und inhaltlich entsprechend dieser Weiterbildungsordnung zu gestalten“ und die Richtigkeit der Dokumentation der Weiterbildung eines in Weiterbildung befindlichen Arztes gemäß § 8 zu bestätigen.

§ 6 der M-WBO enthält Regelungen über die Zulassung als Weiterbildungsstätte. Nach § 6 Abs. 1 Satz 2 M-WBO können dazu auch Praxen niedergelassener Ärzte zählen (Hierbei ist allerdings zu bedenken, dass nicht in allen Kammer- und Heilberufsgesetzen der Länder die Zuständigkeit für die Zulassung als Weiterbildungsstätte für eine niedergelassene Praxis bei der Ärztekammer liegt. Hier wäre darauf zu dringen, dass für die Weiterbildung in der vertragsärztlichen Praxis unabhängig von der für die Zulassung zuständigen Stelle zumindest das Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt, wenn nicht sogar dafür die Erteilung einer alleinigen Befugnis).

2. Qualifikation der Weiterbildungsbefugten

Die nach dem Weiterbildungsrecht erforderlichen Voraussetzungen für eine Befugniserteilung als weiterbildender Arzt sollen auch für die vorgenannten Weiterbildungsstätten gelten. Die Qualifikation des weiterbildenden Arztes ergibt sich mithin aus dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht. Die Befugnis wird von der zuständigen Ärztekammer erteilt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen in Abstimmung mit bestehenden Koordinierungsstellen die Suche nach entsprechenden Weiterbildungsstätten in der vertragsärztlichen Versorgung

IV. Rechtliche Anmerkungen zur Gesetzgebungskompetenz des Bundes bei einer legislativen Realisierung des vorgeschlagenen Stiftungsmodells

1. Ausgangslage

Es ist inzwischen unstrittig, dass angesichts der demographischen Entwicklung und der Veränderungen der Morbidität der Bevölkerung einerseits und andererseits der Versorgungslage, insbesondere in der hausärztlichen allgemeinmedizinischen und der patientennahen fachärztlichen Versorgung, Anstrengungen notwendig sind, um eine langfristige Versorgungssicherheit für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch insgesamt für die Bevölkerung herzustellen. Dabei steht die Förderung der Allgemeinmedizin als einem Schlüsselkonzept der patientennahen und wohnortnahen bedarfsgerechten Versorgung – auch zur Realisierung des Sicherstellungsauftrages der KVen für eine flächendeckende ambulante Versorgung – im Vordergrund. Es ist daher, ohne dass eine entsprechende verfassungsrechtliche Auseinandersetzung erfolgt ist, im Jahre 1999 durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) in einem Art. 8, der im späteren Verlauf ergänzt worden ist (2008), die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin als Maßnahme des SGB V-Gesetzgebers eingeführt worden. Art. 8 Abs. 1 GKV-SolG lautet:

„Die Krankenkassen fördern zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch die allgemeinmedizinische Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte, in zugelassenen Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, ...“

An dieser Förderung wurde durch entsprechende mittelbare Zuschussverpflichtung auch die KV beteiligt sowie auch die private Krankenversicherung. In der Begründung im Gesetzentwurf zu dieser Vorschrift (BT-Drs. 14/24, S. 23 f.) wird einleitend davon gesprochen:

„Es besteht gesundheitspolitisch Konsens darüber, dass zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung die allgemeinmedizinische Weiterbildung gefördert werden muss ...“

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen fordert in seinem Gutachten 2014: *„Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“* Maßnahmen zur Förderung der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin. Dazu wird u.a. die Erhebung eines Systemzuschlags entsprechend § 139c SGB V angeregt und eine Koordinierung der Förderung durch eine auf Bundesebene eingerichtete Stelle – der Rat spricht von einer *„streng zweckgebundenen Förderstiftung Allgemeinmedizin“* (vgl. BT-Drs. 18/1940, insbes. S. 397).

2. Gesetzgebungskompetenz des Bundes gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG

- a) Sowohl das SGB V überhaupt als auch hier die vorgeschlagene Einfügung der Fördermaßnahmen in die §§ 123 und 123a SGB V erfordern gemäß Art. 70 Abs. 1 GG eine grundgesetzliche Gesetzgebungskompetenz des Bundes. In Betracht kommen hier letztlich nur zwei Kompetenztitel, nämlich Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG mit der Kompetenz zur Regelung der Sozialversicherung und Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG mit der Kompetenz für die Zulassung von Heilberufen (und weiteren Regelungen, die hier nicht einschlägig wären).

Im Mittelpunkt steht hier Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG, zumal „Sozialversicherung“ weit zu verstehen ist und die Leistungserbringung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst. Unzweifelhaft hat der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit für die Sozialversicherung durch die Schaffung des Sozialgesetzbuchs und daher auch des Fünften Buchs (SGB V), welches speziell die gesetzliche Krankenversicherung betrifft, Gebrauch gemacht. Es ist – auch wenn in einzelnen rechtswissenschaftlichen Äußerungen hinsichtlich des Umfangs, nicht des Grundsatzes – unbestritten, dass das Leistungserbringungsrecht, insbesondere Vertragsarztrecht ebenfalls zur Kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG gehört. Schon das Bundesverwaltungsgericht vertrat in einem Urteil aus dem Jahre 1982 die Auffassung, der Bund habe eine Kompetenz im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung für das (damalige) „Kassenarztrecht“ als Bestandteil der Sozialversicherung (BVerwGE 65, S. 362, 365). Als wesentliches Element des Kassenarztrechts sah das Gericht den „Sicherstellungsauftrag für die kassenärztliche Versorgung“ an. Die danach anzunehmende Kompetenz des Bundes zur Regelung der öffentlich-rechtlichen Pflichten des Kassenarztes sei gegenüber der Gesetzgebungszuständigkeit des Landes für eine Regelung der allgemeinen Berufsausübung des Arztes eine speziellere Kompetenzzuweisung, die gegenüber der generellen den Vorrang habe. Auch in einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1998 wird ohne nähere Begründung das „Recht der Vertragsärzte“ dem Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG zugeordnet (BVerfGE 98, S. 265, 303).

Allgemein anerkannt ist jedoch, dass das ärztliche Berufsrecht, soweit es die ärztliche Berufsausübung betrifft (dazu gehört auch das Weiterbildungsrecht) zur ausschließlichen Gesetzgebungskompetenz der Länder gehört. Dies folgt aus einem Umkehrschluss aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG, der dem Bundesgesetzgeber nur die Kompetenz zur Regelung der ärztlichen Berufszulassung zu-

gesteht. Demnach stellen ärztliches Berufs(ausübungs)recht und „Sozialversicherung“ zwei Materien dar, welche im Grundsatz voneinander zu trennen sind (vgl. *Sodan*, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, S. 33 f. [m. w. Ausführungen]).

In einer ersten methodischen Sicht übertragen auf den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung im Allgemeinen und die vertragsärztliche Versorgung im Besonderen bedeutet dies, dass aus dem Kompetenztitel „Sozialversicherung“ zunächst die Zuständigkeit des Bundes für die Regelung der Finanzierung und der leistungsrechtlichen Ausgestaltung des GKV-Systems folgt. Damit eng verknüpft ist sodann gleichsam als Korrespondenzsystem die leistungserbringungsrechtliche Seite der gesetzlichen Krankenversicherung – dies hängt auch maßgeblich mit den Sachleistungskonzept des GKV-Leistungsrechts zusammen, weil diese Leistungsverschaffung erst durch die Konkretisierung im Vertragsarztrecht realisiert wird (ständige Rechtsprechung BSG) –, die ebenfalls von der Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG erfasst wird.

- b) Die Förderung der Allgemeinmedizin zur Schaffung von Versorgungssicherheit in der hausärztlichen Versorgung ebenso wie die Förderung der Weiterbildung patientennaher Fächer – diese sind im Übrigen in der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA vom 20.12.2012 in § 12 beschrieben (allgemeine fachärztliche Versorgung [man kann auch von fachärztlicher Grundversorgung sprechen]) – dürfte unstreitig ein komplementäres Sicherstellungs- und Qualitätselement für das entsprechende Versorgungssystem im Sicherstellungsauftrag der KVen sein.
- c) Die Bedeutung dieses Zusammenhangs lässt sich explizit an der Auseinandersetzung in verfassungsrechtlicher Hinsicht unter dem Blickwinkel der Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG über die Einführung der Aufteilung der vertragsärztlichen Versorgung in die Versorgungsfunktionen der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) mit Wirkung vom 1. Januar 1993 aufzeigen, mit der sich das BSG in einem Urteil vom 18. Juni 1997 – 6 RKa 58/96 – (SozR 3-2500 - § 73 Nr. 1) in einem darüber geführten Rechtsstreit befassen musste.

Es geht um die Vorschriften des § 73 SGB V. Hervorhebenswert sind die Ausführungen des BSG (aaO, Rz. 21):

„... Der Gesetzgeber des SGB V hat ... den Vorrang des in die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz der Länder (Art. 70 Abs. 1 GG) fallenden allgemeinen ärztlichen Berufsrechts beachtet, an das nach der ständigen Rechtsprechung des Senats die besonderen Regelungen des Vertragsarztrechts – z.B. über die Gewährleistung einer ausreichenden zweckmäßigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung ... anknüpfen. Die Abgrenzung der Versorgungsbereiche schließt an die berufsrechtlichen Vorgaben des Landesrechts an. Die Zuweisung der Arztgruppen zur Teilnahme an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung bedeutet lediglich, dass die Ärzte im Rahmen des allgemeinen Berufsrechts an einer der beiden Versorgungsfunktionen des Vertragsarztrechts teilnehmen. Durch die Bestimmung des Inhalts der hausärztlichen Versorgung erfolgt nicht eine Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit über die Fachbietsgrenzen hinaus ...“

Hervorzuheben sind auch noch folgende Ausführungen des BSG, in denen es sich mit den Einwänden auseinandersetzt, die in Gutachten vorgetragen wor-

den waren, dass durch die Regelung in § 95a SGB V (Zugangsvoraussetzungen für die Zulassung als Vertragsarzt) ein neuer „Hausarzttypus“ geschaffen worden sei und damit gegen die Kompetenz der Länder zur Regelung des ärztlichen Weiterbildungsrechts verstoßen wäre. § 95a SGB V sieht bekanntlich u.a. vor, dass für die Eintragung in das Arztregister als Voraussetzung der Zulassung neben der Approbation als Arzt der erfolgreiche Abschluss entweder einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem Fachgebiet vorliegen muss, wobei auch zeitliche und ortsgebundene Mindestanforderungen an die allgemeinmedizinische Weiterbildung geregelt werden. Das BSG führt dazu u.a. aus:

„... Da dem Allgemeinmediziner insbesondere in seiner hausärztlichen Versorgungsfunktion innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung eine einzigartige Steuerungsfunktion zukommt ... kann dem Bundesgesetzgeber die Kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG nicht abgesprochen werden, für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die Zugangsvoraussetzungen zur Teilnahme von Allgemeinärzten an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne spezieller Qualifikationen zu regeln ...“

Die gegen diese Entscheidung des Bundessozialgerichts erhobene Verfassungsbeschwerde hat das Bundesverfassungsgericht nicht angenommen (BVerfG – I BVR 2507/97 v. 17.07.1999, SozR 3-2500 - § 73 Nr. 3). Es führt u.a. bemerkenswerterweise aus, dass die Argumente, die von einer Kompetenzwidrigkeit ausgehen, nicht „die selbständige Bedeutung der Sozialversicherung, in der eigenständige Regelungen auf Grundlage ihres Auftrages jederzeit möglich sind,“ berücksichtigen. Das Bundesverfassungsgericht erwähnt auch, dass die Regelung dem Gemeinwohl diene, da durch die Neuordnung gesundheitspolitische Ziele der Qualitätsverbesserung für die Versicherten angestrebt werden:

„Bei der Ausgestaltung der Krankenversicherung sind sozialpolitische Entscheidungen des Gesetzgebers hinzunehmen, solange seine Erwägungen weder offensichtlich fehlsam noch mit der Wertordnung des Grundgesetzes unvereinbar sind ...“

3. Ergänzende Begründung aus grundrechtssichernder Gesetzgebungspflicht des GKV-Gesetzgebers

- a) Die vorgenannten Hinweise zum Gemeinwohl können auch Anlass sein, aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts die verfassungsrechtliche Erkenntnis der Staatsaufgabe Gesundheit und der Verankerung im Sozialstaatsprinzip im Sinne einer schutzrechtlichen Dimension der Freiheitsrechte abzuleiten. Der Staat ist danach verpflichtet, eine auf den sozialen Ausgleich gerichtete solidarische Sicherung des Krankheitsrisikos zu gewährleisten und zu diesem Zweck ein funktionierendes Gesundheitssystem zu errichten. Die auch grundrechtlich begründete Organisation des Sicherstellungsauftrags und seine Unterstützung durch Begleitmaßnahmen soll hier jedoch nicht näher vertieft werden. Ein Beispiel gibt auch der sogenannte „Nikolaus“-Beschluss des Bundesverfassungsgerichts, welcher im Ergebnis zu einer gesetzlichen Ergänzung im § 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V geführt hat.
- b) Wie schon zuvor erwähnt (II.2), zielen auch die Regelungen über die Qualitätstransparenz im neuen § 137a SGB V ersichtlich auf den Qualitätssicherungsaspekt der Patientenversorgung im Rahmen der GKV und darüber hinaus. Wenn daher an den Institutsaufgaben und ihrer Finanzierung auch die private

Krankenversicherung beteiligt wird, entspricht dies einer Gemeinwohlerwägung in der zuvor beschriebenen Systematik, da die private Krankenversicherung von der Versorgungssicherheit, wie sie über die Kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG in Konnexität der Ausgestaltung des Vertragsarztrechts und der hierzu auch gebotenen Unterstützungsmaßnahmen geschaffen wird, partizipiert.

4. Fazit

Das Stiftungskonzept hinsichtlich der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und den patientennahen Fächern ist bei einer gesetzgeberischen Umsetzung durch die Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG („Sozialversicherung“) in der weitestgehend langjährigen und auch höchstrichterlich gesicherten Interpretation über die Konnexität mit den Sicherstellungs- und Versorgungsaufträgen kompetenzrechtlich zulässig.