

AOK-Bundesverband, Bonn

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

BKK-Bundesverband, Essen

See-Krankenkasse, Hamburg

Knappschaft, Bochum

**Bundesverband der landwirtschaftlichen
Krankenkassen, Kassel**

**Gemeinsame Stellungnahme
der Spitzenverbände
der gesetzlichen Krankenkassen
zum „Entwurf eines Gesetzes
zur Änderung des Vertragsarztrechts und
anderer Gesetze (Vertragsarztrechts-
änderungsgesetz - VÄndG)“
vom 30. August 2006 (BT-Drs 16/2474)**

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

I. Grundsätzliche Bewertung

In den vergangenen Monaten sind neben der aktuellen Diskussion um die GKV-Finanzierungsreform eine Reihe weiterer wichtiger Zukunftsfragen des Gesundheitssystems in das Zentrum der politischen Auseinandersetzung gerückt. Dazu gehören auch die jetzt vorliegenden Inhalte eines Entwurfs für ein Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das eine weitgehende Flexibilisierung und Liberalisierung der ärztlichen Tätigkeit beinhaltet und Instrumente zur Abmilderung drohender regionaler Versorgungsprobleme vorsieht. Ergänzend enthält der Gesetzentwurf die Verlängerung der Anschubfinanzierung für integrierte Versorgung.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen unterstützen grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers, das Vertragsarztrecht zu liberalisieren, weil hierdurch neue Formen der Kooperation und Organisation in der vertragsärztlichen Versorgung zugunsten der Versicherten möglich werden. Die Weiterentwicklung der Strukturen der ambulanten Versorgung und die Zulassung neuer Betriebsformen kann nur unter geeigneten Rahmenbedingungen zur notwendigen Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistungen beitragen.

In einer Gesamtbewertung der mit dem VÄndG-Entwurf angestrebten Rechtsänderungen kommen die Spitzenverbände allerdings zu dem Ergebnis, dass hinsichtlich einzelner Regelungen dringender Korrekturbedarf besteht, damit es nicht zu neuen Verwerfungen der Versorgungs- und Vergütungsstrukturen in der vertragsärztlichen Versorgung kommt. Aus diesem Grund sind, bevor die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen im Detail einer Bewertung zugeführt werden, einige grundsätzliche Anmer-

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

kungen zu machen:

1. Viele der im Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen werden zurückgeführt auf die Novellierung der (Muster-) Berufsordnung durch den 107. Deutschen Ärztetag. Es darf jedoch kein Automatismus entstehen zwischen der Weiterentwicklung des Berufsrechtes und der Anpassung des Sozialrechtes an die Berufsordnung. Andernfalls würden die Ärztekammern über die Berufsordnung die vertragsärztliche Tätigkeit regeln. Eine Anpassung von SGB V und Zulassungsverordnung an die (Muster-) Berufsordnung sollte daher nur insoweit erfolgen, wie dies mit den Grundlagen der vertragsärztlichen Versorgung vereinbar ist. Insbesondere dürfen die Instrumente zur Steuerung der Versorgung und der Ausgabenentwicklung nicht entwertet werden (Bedarfsplanung, Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfung usw.).

2. Deutschland verfügt entgegen einer teilweise anderen Wahrnehmung in der Öffentlichkeit über eine hohe und ansteigende Arztdichte. Trotz dieser Entwicklung gibt es eine anhaltende Diskussion über Ärztemangel in einigen Regionen. Tatsächlich ist festzustellen, dass es erhebliche Unterschiede in der ärztlichen Versorgung in den Regionen gibt. Während bei Fachärzten in fast allen Regionen eine erhebliche Überversorgung festzustellen ist, ist die Versorgung mit Hausärzten in einigen Regionen nicht optimal oder droht sich zu verschlechtern.

Um diesen regionalen Disparitäten entgegen zu steuern, kommt es deshalb darauf an, im Rahmen der Flexibilisierung ein weiteres Anwachsen dieser Disparitäten zu vermeiden. Die Flexibilisierung sollte – wie in der Neufassung von § 95 Abs. 7 SGB V vorgesehen – daher nur dort erfolgen, wo Unterversorgung besteht oder zu erwarten ist: Erwei-

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

terte Möglichkeiten der Niederlassung oder Leistungserbringung in vollversorgten („nicht überversorgten“) Planungsbereichen hätten zur Folge, dass das Problem der Unterversorgung in den weniger attraktiven, von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen noch zunimmt.

Unterversorgung kann nur wirksam begegnet werden, wenn gleichzeitig Überversorgung abgebaut wird. Die Anreize zur Vermeidung von Unterversorgung müssen mit Anreizen zum Abbau von Überversorgung verbunden werden: Daher sollten die Sicherstellungszuschläge an Ärzte, die sich in unterversorgten Regionen niederlassen, ergänzt werden durch Sicherstellungsabschläge von Ärzten, die in überversorgten Regionen eine Praxis übernehmen. Die Entscheidung zugunsten der Niederlassung in einer unterversorgten Region wird durch dieses System positiver und negativer Anreize nachhaltig unterstützt. Die begrenzten Mittel werden zugunsten der unterversorgten Regionen und zulasten der überversorgten Bereiche neu verteilt und orientieren sich nicht mehr ausschließlich am Versorgungsangebot, sondern am Versorgungsbedarf. Im Referentenentwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes sind diese Anregungen zwar aufgenommen worden (Zu- oder Abschläge von den zu vereinbarenden Punktwerten in Abhängigkeit vom Versorgungsgrad) – sie sind aber Teil einer insgesamt außerordentlich problematischen Neuregelung der vertragsärztlichen Vergütung. Die Spitzenverbände legen daher einen eigenen, mit der gültigen Vergütungssystematik kompatiblen Regelungsvorschlag vor.

3. Viele der vorgeschlagenen Flexibilisierungen zur Vermeidung von Versorgungsengpässen würden zu Leistungsausweitungen führen. Diese Ausweitungen sind vor dem Hintergrund der weiterhin vorgesehenen Ablösung des Honorarbudgets zum 01.01.2009 außerordentlich prob-

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

lematisch. Die Instrumente zur Steuerung der Mengen- und Ausgabenentwicklung in der ambulanten Versorgung müssen daher ebenfalls weiterentwickelt werden. Darüber hinaus bedarf es der Entwicklung neuer Instrumente, die eine sektorübergreifende Steuerung der vertragsärztlichen Leistungserbringung erlauben.

4. Das Inkrafttreten des VändG wird erhebliche Auswirkungen auf die Ausgestaltung der vertragsärztlichen Versorgung haben. Im Nachgang müssen allein auf Bundesebene nahezu alle untergesetzlichen Normen angepasst werden – von den Bedarfsplanungs- und den Angestellte-Ärzte-Richtlinien über die Bundesmantelverträge, die Vereinbarungen zur Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 2 SGB V, den EBM, die Richtlinien zur Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung bis zu dem Vertrag über den Datenträgeraustausch. Darüber hinaus bedarf es der Entwicklung und Einführung einer neuen, bundesweit gültigen Arztabrechnungsnummer sowie der Anpassung sämtlicher Vordrucke und der Arztabrechnungssoftware an die vorzunehmenden Änderungen.

Um die Steuerungsfähigkeit des Systems aufrecht zu erhalten, muss angestrebt werden, dass die genannten untergesetzlichen Normen zeitgleich mit den gesetzlichen Bestimmungen in Kraft treten. Die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung setzen sich daher dafür ein, dass die Änderungen der vertragsärztlichen Versorgung durch das VändG nicht wie die übrigen Teile des Gesetzes bereits zum 01.01.2007, sondern erst am 01.07.2007 in Kraft treten.

5. Die derzeit noch vorgesehene Verlängerung der Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung nur um ein Jahr ist weder argumentativ nachvollziehbar noch von der Sache her korrekt. Es bedarf daher der im 4. Arbeitsentwurf GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz angekündigten Verlängerung der Anschubfinanzierung im Rahmen des VÄndG

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

bis zumindest Ende 2008, auch damit die Partner von Verträgen der integrierten Versorgung die notwendige Planungssicherheit erhalten
Die bisher bestehenden unterschiedlichen Interpretationen des Gesetztextes, insbesondere bezüglich des Rückzahlungsprozesses, werden nicht geregelt, so dass bestehende Probleme lediglich zeitlich nach hinten verschoben werden.

6. Die ursprünglich im Rahmen des VändG vorgesehene Verschiebung der Fristen für die Einführung des neuen Vergütungssystems für ärztliche Leistungen ist inzwischen Bestandteil des Entwurfs des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG). Da dieses Gesetz nicht zum 1.1.2007 in Kraft tritt, besteht die Notwendigkeit, ein nicht mehr beabsichtigtes Wirksamwerden noch gültiger Neuregelungen der ärztlichen Vergütungen zu diesem Zeitpunkt auszuschließen. Es muss sichergestellt werden, dass nicht Teilinstrumente der angestrebten ambulanten Vergütungsreform vorab isoliert in Kraft gesetzt werden, sondern ein insoweit einheitliches Reformwerk zum 1.1.2009 kommt. Handlungsbedarf besteht hinsichtlich der §§ 85a bis d SGB V. Damit deren Aufhebung rechtzeitig zum 1.1.2007 erfolgt, ist eine entsprechende Regelung in VÄndG aufzunehmen.

7. Zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich werden die Spitzenverbände im Rahmen des anhängigen Verfahrens zum GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz im Einzelnen Stellung beziehen.

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

II. Regelungsbezogene Stellungnahmen

1. § 43 b Abs. 2 SGB V (Einzug von Zuzahlungen)

A. Vorschrift

Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, die Einziehung der Zuzahlung im Auftrag der Krankenkassen zu übernehmen, wenn der Versicherte trotz einer schriftlichen Aufforderung durch den Arzt oder Zahnarzt nicht zahlt.

B. Stellungnahme

Die Änderung "im Auftrag der Krankenkassen" würde bedeuten, dass die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nach den hier anzuwendenden Regelungen der §§ 88 ff. SGB X (Auftragsverwaltung) sämtliche Kosten für das Mahnverfahren auf die Krankenkassen abwälzen könnten. Dies würde im Widerspruch zu § 18 Absatz 5a BMVÄ stehen, welcher nur eine Teilerstattung der Kosten der KVn vorsieht.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Der Zusatz "im Auftrag der Krankenkassen" wird gestrichen. Die Möglichkeit, in den Bundesmantelverträgen ein abweichendes Verfahren zu vereinbaren, wird ebenfalls gestrichen.

**Spitzenverbände der
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

2. § 85 Abs. 3 d SGB V (Keine West-Ost-Anpassung der Gesamtvergütung für den vertragszahnärztlichen Bereich)

A. Vorschrift

Die Angleichung der Vergütungen vertragsärztlicher Leistungen für die Vertragsärzte in den neuen Bundesländern soll nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung gelten.

B. Stellungnahme

Zustimmung.

Über die Nichtanwendung dieser Regelung für den vertragszahnärztlichen Bereich besteht Einvernehmen zwischen den Spitzenverbänden und der KZBV.

C. Änderungs- und Ergänzungswünsche

Keine

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

3. § 95 Abs. 1 SGB V (Definition der Erfordernis „fachübergreifend“ für MVZ)

A. Vorschrift

Die Regelung knüpft an Änderungen der Musterweiterbildungsordnung an. Sie spezifiziert, wann ein MVZ als „fachübergreifend“ bezeichnet werden kann: wenn „Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind“, dies gilt z.B. auch für fach- und hausärztliche Internisten. Wenn die Ärzte des MVZ der hausärztlichen Arztgruppe gemäß § 101 Abs. 5 (Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, hausärztliche Internisten) angehören, gilt ihre Zusammenarbeit *nicht* als fachübergreifend; ebenfalls *nicht*, wenn überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch arbeitende Ärzte (§ 101 Abs. 4) zusammenarbeiten. Eine kooperative Leitung des MVZ ist möglich, wenn Angehörige verschiedener an der Vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Berufe in dem MVZ tätig sind.

B. Stellungnahme

Zustimmung: Die Regelung ist wegen der parallelen Geltung von Facharztbezeichnungen nach alter und nach neuer Weiterbildungsordnung außerordentlich komplex. Das BMG hatte daher erwogen, auf das Erfordernis des Merkmals „fachübergreifend“ ganz zu verzichten. Dies wurde jedoch von den Spitzenverbänden nicht unterstützt: Die positive Haltung der Spitzenverbände zu MVZ hat sich u.a. auf die Erwartung gestützt, dass per definitionem fachübergreifend tätige MVZ ein „Angebot aus einer Hand“ insbesondere für multimorbide Versicherte zur Verfügung stellen und im Rahmen der fachübergreifenden Kooperation Wirtschaftlichkeitsvorteile bieten werden.

Nicht fachübergreifende MVZ wären von nicht fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen nicht mehr zu unterscheiden; das innovative Element bei der Konzeption Medizinischer Versorgungszentren wäre damit beseitigt.

Die Vorgabe zur kooperativen Leistung des MVZ dient dazu, die Zusammenarbeit von in dem MVZ vertretenen Psychotherapeuten oder Zahnärzten mit den anderen Vertragsärzten zu fördern. Sie ist inhaltlich nachvollziehbar und wird unterstützt.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Keine.

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

4. § 95 Abs. 3 SGB V i.V. mit § 19 a Ärzte-ZV (Teilzulassungen)

A. Vorschrift

Es können Teilzulassungen in der Form erfolgen, dass der zugelassene Vertragsarzt einen vollen oder hälftigen Versorgungsauftrag erhält.

B. Stellungnahme

Die vorgesehene Möglichkeit von Teilzulassungen wird damit begründet, dass sie zur Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten und zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf beitragen werden.

Dies ist nachvollziehbar. Allerdings wäre es mit den herkömmlichen Steuerungsinstrumenten nicht möglich, die Leistungserbringung eines teilzugelassenen Vertragsarztes, der weitere Teile seiner Arbeitszeit in anderen Sektoren einsetzt, zu erfassen.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Grundsätzlich: Zustimmung. Teilzulassung sollten aber erst dann möglich sein, wenn ein Steuerungsinstrument entwickelt wurde, das die gesamte Leistungserbringung des Vertragsarztes über die Sektorengrenzen hinweg erfassen kann.

**Spitzenverbände der
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

5. § 95 Abs. 6 SGB V (MVZ: Frist zur Wiedererlangung der Gründungsvoraussetzungen)

A. Vorschrift

Dem MVZ wird eine Frist von sechs Monaten eingeräumt, um eine weggefallene Gründungsvoraussetzung zu ersetzen.

B. Stellungnahme

Die vorgesehene Frist ist sinnvoll, da sie dem MVZ einen überschaubaren Zeitraum zur Wiedererlangung der Gründungsvoraussetzung einräumt.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

6. § 95 Abs. 7 SGB V (Aufhebung der 68-Jahres-Grenze bei (drohender) Unterversorgung)

A. Vorschrift

Satz 7: Die Anstellung eines Arztes in einem MVZ soll nicht mit dem Tag der Vollendung des 68. Lebensjahres enden, sondern am Ende des Kalendervierteljahres, in dem das 68. Lebensjahr erreicht wird.

Sätze 8 - 9: In Planungsbereichen, für die der Landesausschuss (drohende) Unterversorgung festgestellt hat, gilt die 68-Jahresgrenze nicht. Die Zulassung eines Arztes, der das 68. Lebensjahr erreicht hat, endet allerdings spätestens 1 Jahr nach Aufhebung der Feststellung von (drohender) Unterversorgung durch den Landesausschuss.

B. Stellungnahme

Satz 7: Die Änderung stellt die MVZ in diesem Punkt den Vertragsarztpraxen gleich. Zustimmung.

Sätze 8 –9: Sinnvolle Regelung, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereits vorgeschlagen wurde.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

7. § 95 Abs. 9 SGB V (Anstellung von Ärzten)

A. Vorschrift

Die Beschränkung der Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen auf einen ganztags beschäftigten oder zwei halbtagsbeschäftigte Ärzte gilt nur noch im Falle von Zulassungsbeschränkungen für diese Arztgruppe. Liegen keine Zulassungsbeschränkungen vor, so gibt es keine näheren Vorgaben für die Anstellung von Vertragsärzten; die Zahl der angestellten Ärzte sowie die Arbeitszeit können flexibel bestimmt werden.

Im Falle von Zulassungsbeschränkungen kann der Vertragsarzt wie bisher nur Ärzte mit der gleichen Facharztbezeichnung anstellen und muss sich zur Leistungsbegrenzung seines Praxisumfangs verpflichten. Er kann allerdings nun mehrere Teilzeitkräfte anstellen und ist nicht darauf beschränkt, höchstens zwei Halbtagskräfte zu beschäftigen.

B. Stellungnahme

Bedingte Zustimmung: Eine Flexibilisierung der Anstellung von Ärzten wird ausschließlich für den Fall von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung unterstützt. Werden die Möglichkeiten der Anstellung von Ärzten auch in „nicht zulassungsbeschränkten“ Planungsbereichen geöffnet (Versorgungsgrad kleiner 110 %), so hätten Vertragsärzte es leichter als bisher, in vollversorgten oder sogar fast überversorgten Planungsbereichen Fuß zu fassen und würden in unterversorgten Planungsbereichen erst recht fehlen. Eine Flexibilisierung der Anstellung von Ärzten in „nicht zulassungsbeschränkten“ Planungsbereichen ist aus diesem Grunde contraproduktiv.

Die Regelung der flexibleren Anstellung von Ärzten für den Fall von der Zulassungsbeschränkung ist akzeptabel, da sie unter der Bedingung von Leistungsbeschränkungen gilt. Zustimmung.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Die kapazitätserweiternde Flexibilisierung der Anstellung von Ärzten sollte unbedingt auf den Fall von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung beschränkt bleiben.

**Spitzenverbände der
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

8. § 95 Abs. 9 a SGB V (Anstellung von Inhabern von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin durch Vertragsarztpraxen)

A. Vorschrift

Inhaber von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin können in an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarztpraxen ohne Anrechnung bei der Bedarfsplanung und ohne Leistungsbegrenzung als angestellte Ärzte mit Genehmigung des Zulassungsausschusses beschäftigt werden.

B. Stellungnahme

Die Regelung dient laut Begründung dazu, zur Erhaltung und Fortentwicklung der praktischen Kompetenz von Inhabern der Lehrstühle für Allgemeinmedizin beizutragen. Zustimmung.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

**Spitzenverbände der
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

9. § 100 Abs. 3 i.V.m. § 101 Abs. 1 Nr. 3 a (neu) SGB V (zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen)

A. Vorschrift

§ 100 Abs. 3 führt den Begriff des „zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes“ in nicht unterversorgten Planungsbereichen in das Gesetz ein. Die Feststellung solchen lokalen Versorgungsbedarfes obliegt den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen. Gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 3 a regelt der gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien, unter welchen allgemeinen Voraussetzungen die Landesausschüsse zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf feststellen können.

B. Stellungnahme

Der Regelung, die das Instrument der Sonderbedarfszulassung bei lokalem Sonderbedarf in überversorgten Planungsbereichen mit den flankierenden, einheitlichen Konkretisierungen in den Richtlinien nach § 101 Abs. 1 SGB V ergänzt, ist zuzustimmen.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

10. § 101 Abs. 1 Nr. 5 i. V. m. § 101 Abs. 3 a SGB V (Leistungsbegrenzung bei der Anstellung von Ärzten)

A. Vorschrift

Die Leistungsbeschränkung für eine Vertragsarztpraxis bei der Anstellung von Ärzten gilt nur noch im Falle von Zulassungsbeschränkungen und soll auch nur noch für diesen Fall in den Bedarfsplanungsrichtlinien geregelt werden. Endet die Zulassungsbeschränkung, gelten keine Leistungsbeschränkungen und der angestellte Arzt wird bei der Bedarfsplanung mitgerechnet. Leistungsbeschränkungen gelten ebenfalls nicht, wenn in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wird.

B. Stellungnahme

Bedingte Zustimmung: Auch die Regelungen zur Aufhebung der Leistungsbegrenzung bei der Anstellung von Ärzten sollte ausschließlich im Falle (drohender) Unterversorgung gelten. Greift die Aufhebung bereits, wenn der Planungsbereich „nicht zulassungsbeschränkt bzw. nicht überversorgt“ ist, also bereits ab einem Versorgungsgrad unter 110 %, so wird die durch die Regelung ermöglichte Leistungserweiterung in vollversorgten Planungsbereichen zu einer Umschichtung von Leistungen zu Lasten von Planungsbereichen mit (drohender) Unterversorgung führen. Zum zweiten ist die Regelung einer generellen, nicht auf Unterversorgung bezogenen Möglichkeit der Leistungsausweitung höchst problematisch unter dem Aspekt der ab 2009 vorgesehenen Änderungen bei der ärztlichen Vergütung.

Die Ausnahme, Leistungsbeschränkungen im Falle von lokalem Sonderbedarf in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich aufzuheben, „soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes erforderlich ist“, ist nachvollziehbar. Zustimmung.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Die Regelungen zur Aufhebung der Leistungsbegrenzung bei der Anstellung von Ärzten sollte ausschließlich im Falle (drohender) Unterversorgung gelten.

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

11. § 102 SGB V (Aufhebung der Regelungen zur Einführung einer Bedarfszulassung)

A. Vorschrift

Die Regelungen des § 102 SGB V zur Einführung einer Bedarfszulassung und einer Verhältniszahl für Haus- und Fachärzte werden aufgehoben.

B. Stellungnahme

Die Regelung in § 102 SGB V sollte laut Begründung dazu dienen, zur Beendigung der Überversorgung beizutragen. Nach wie vor stellt die Überversorgung und die damit einhergehende Fehlallokation von Ärzten ein erhebliches Versorgungsproblem dar. § 102 SGB V ersatzlos zu streichen, setzt insofern das Fehlsignal, Überversorgung sei keine Problematik, die, wenn schon nicht beseitigt, dann zumindest reduziert werden müsse.

Wenn § 102 SGB V gestrichen wird, sollten in jedem Fall andere gesetzliche Regelungen in das SGB V aufgenommen werden, die den Abbau von Überversorgung ermöglichen oder Anreize zu Umverteilung von Ärzten zugunsten unterversorgter und zu Lasten überversorgter Regionen setzen.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

§ 103 Absatz 4 SGB V sowie § 105 Absatz 4 und 5 sollten im Sinne des Abbaus von Überversorgung und der Vermeidung / Beseitigung von Unterversorgung folgendermaßen geändert werden:

In § 103 Absatz 4 SGB V werden ein neuer Satz 6 und Satz 7 eingefügt:

Satz 6 lautet:

„Außerdem sind ab dem 1.1.2007 bei der Auswahl der Bewerber vorrangig solche Bewerber zu berücksichtigen, die mindestens für die Dauer eines Jahres als niedergelassener Vertragsarzt in Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, Vertreter eines Vertragsarztes im Sinne von § 32 Ärzte-ZV, als Weiterbildungsassistent oder Entlastungsassistent im Sinne von § 32 Ärzte-ZV oder als Dauerassistent im Sinne von § 32 b Ärzte-ZV in einem Planungsbereich tätig waren, für den der Landesausschuss Unterversorgung oder unmittelbar drohende Unterversorgung gemäß § 100 SGB V festgestellt hat.“

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

Satz 7 lautet:

„Der Praxisnachfolger hat bei der Übernahme der Praxis in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich für die Dauer von fünf Jahren einen Sicherstellungsabschlag in Höhe von 10 Prozent des durchschnittlichen vertragsärztlichen Umsatzes je Arzt der Facharztgruppe an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlen“

Die neue Fassung des § 103 Absatz 4 lautet im Gesamttext also wie folgt:

„(4) 1. Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Erreichen der Altersgrenze, Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger fortgeführt werden soll, hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung berechtigten Erben diesen Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zur Verfügung zu erstellen. 2. Dem Zulassungsausschuss sowie dem Vertragsarzt oder seinen Erben ist eine Liste der eingehenden Bewerbungen zur Verfügung zu stellen. 3. Unter mehreren Bewerbern, die die ausgeschriebene Praxis als Nachfolger des bisherigen Arztes fortführen wollen, hat der Zulassungsausschuss den Nachfolger nach pflichtgemäßen Ermessen auszuwählen. 4. Bei der Auswahl der Bewerber sind die berufliche Eignung, das Approbationsalter und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen, ferner, ob der Bewerber der Ehegatte, ein Kind, ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde. 5. Ab dem 1.1.2006 sind für ausgeschiedene Hausarztsitze vorrangig Allgemeinärzte zu berücksichtigen. 6. Außerdem sind ab dem 1.1.2007 bei der Auswahl der Bewerber vorrangig solche Bewerber zu berücksichtigen, die mindestens für die Dauer eines Jahres als niedergelassener Vertragsarzt in Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, Vertreter eines Vertragsarztes im Sinne von § 32 Ärzte-ZV, als Weiterbildungsassistent oder Entlastungsassistent im Sinne von § 32 Ärzte-ZV oder als Dauerassistent im Sinne von § 32 b Ärzte-ZV in einem Planungsbereich tätig waren, für den der Landesausschuss Unterversorgung oder unmittelbar drohende Unterversorgung gemäß § 100 SGB V festgestellt hat. 7. Der Praxisnachfolger hat bei der Übernahme der Praxis in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich für die Dauer von fünf Jahren einen Sicherstellungsabschlag in Höhe von 10 Prozent des durchschnittlichen vertragsärztlichen Umsatzes je Arzt der Facharztgruppe an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlen. 8. Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben sind nur insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswerts der Praxis nicht übersteigt.“

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

Sicherstellungsfonds / Verwendung der Sicherstellungsabschläge:

In § 105 Absatz 4 werden die Sätze 2-5 gestrichen. Es wird ein neuer Absatz 5 angefügt.

Absatz 5 lautet:

„(5) Die gemäß § 103 Abs. 4 Satz 7 zu zahlenden Sicherstellungs-Abschläge fließen in einen bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzurichtenden Sicherstellungsfonds. Die Mittel aus dem Sicherstellungsfonds können ausschließlich für folgende Zwecke verwandt werden:

1. die Finanzierung von Sicherstellungszuschlägen gemäß Abs. 1 i.V.m. Abs. 4
2. die Stilllegung von Praxen in überversorgten Planungsbereichen und den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung als Vertragsarzt gemäß Abs. 3
3. die Bildung von Rücklagen für den Fall von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung i.S.v. § 100 Abs. 1

Über den Einsatz der Mittel aus dem Sicherstellungsfonds entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Sind die Mittel aus dem Sicherstellungsfonds erschöpft, erfolgt die Finanzierung der Sicherstellungszuschläge wie folgt: *Die für den Vertragsarzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen, die an diese Kassenärztliche Vereinigung eine Vergütung nach Maßgabe des Gesamtvertrages nach § 83 entrichten, tragen den sich aus Absatz 4 ergebenden Zahlbetrag an den Vertragsarzt jeweils zur Hälfte. § 313a Abs. 3 gilt insoweit nicht. Die Höhe der insgesamt in einem Kalenderjahr gezahlten Sicherstellungszuschläge im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung darf den Betrag von 1 vom Hundert der insgesamt an diese Kassenärztliche Vereinigung nach § 83 entrichteten Vergütung nicht überschreiten. Über das Nähere zur Aufteilung des auf die Krankenkassen entfallenden Betrages auf die einzelnen Krankenkassen entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.“*

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

Begründung:

Zu § 103 Abs. 4 Satz 6 SGB V (neu):

Zur Vermeidung von Unterversorgung ist es erforderlich, neben den Sicherstellungszuschlägen, die sich direkt auf unmittelbar drohende oder vorhandene Unterversorgung in einzelnen Planungsbereichen beziehen, weitere Anreize zu setzen, die bei der Niederlassungsentscheidung des Arztes ansetzen. Die vorgesehene Regelung bezieht sich auf die Kriterien, die bei der Auswahl eines Bewerbers um einen Vertragsarztsitz in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich anzulegen sind. Vorrangig sollen künftig solche Bewerber berücksichtigt werden, die mindestens ein Jahr lang in einem unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Planungsbereich tätig waren. Ein solches Kriterium könnte es insbesondere für junge Ärzte attraktiver machen, ihre Leistung für einige Zeit in unterversorgten Planungsbereichen anzubieten. Es ist auch nicht auszuschließen, dass sich aus der zunächst nur befristeten Tätigkeit eine Bereitschaft zur dauerhaften Mitwirkung an der Versorgung in diesen Planungsbereichen ergibt.

Zu § 103 Abs. 4 Satz 7 SGB V (neu):

Die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland ist trotz des Spitzenplatzes, den die Bundesrepublik hinsichtlich der Arztdichte im internationalen Vergleich einnimmt, durch erhebliche Allokationsprobleme gekennzeichnet: Einige ländliche Kreise der östlichen Bundesländer sind hausärztlich nicht gut versorgt; teilweise ist zukünftig ein Mangel zu erwarten, wenn frei werdende Praxen nicht wieder besetzt werden. Daneben finden sich Städte und Kreise, die mit Hausärzten überversorgt sind.

Gleichzeitig findet sich in zahlreichen Regionen eine deutliche Überversorgung bei Fachärzten. Vor allem Kreise in strukturell sehr attraktiven Gegenden sind im Bereich der weitaus meisten Fachgruppen überversorgt und bleiben das auch, selbst wenn sie für Neu-Niederlassungen gesperrt sind. Diese enorme Überversorgung bindet Mittel, die in den Regionen, in denen eine Unterversorgung in absehbarer Zeit droht, sinnvoll eingesetzt werden könnten.

Eine gleichmäßige regionale Verteilung der Ärzte konnte mit den Maßnahmen der Bedarfsplanung nur bedingt erreicht werden. Es konnte lediglich ein weiterer unkontrollierter Zuwachs bei den Neuzulassungen gebremst werden; ein Abbau von Überversorgung wurde nicht erreicht, da die Wiederbesetzung bestehender Praxen auch in überversorgten Gebieten immer möglich ist.

Es gibt mittlerweile eine Fülle von Maßnahmen zur Beseitigung von Unterversorgung. Sie reichen von organisatorischen und finanziellen Hilfen für niederlassungswillige Ärzte bis hin zu neuen Organisationsformen zur Versorgungssicherung. Der zur wirksamen Bekämpfung von Unterversorgung notwendige

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

gleichzeitige Abbau von Überversorgung wird jedoch bislang nicht angegangen.

Hier setzt die vorgesehene Neuregelung in § 103 Abs. 4 Satz 7 SGB V an: Zusätzlich zu der bereits bestehenden Möglichkeit der Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Ärzte, die sich in unterversorgten Regionen niederlassen, sind zukünftig Sicherstellungsabschläge von den Ärzten zu zahlen, die in überversorgten Regionen eine Praxis übernehmen. Die Regelung setzt beim Abbau von Überversorgung an, um damit ein übergeordnetes Ziel zu erreichen: die Vermeidung bzw. Beseitigung von Unterversorgung auf der Basis freier Wahlentscheidungen von niederlassungswilligen Ärzten. Es werden negative Anreize hinsichtlich der Niederlassungsentscheidung in bereits überversorgten Regionen gesetzt, um so die Chance eines sinnvollen Umsteuerns in Richtung einer bedarfsgerechten Versorgung zu verbessern.

Zu § 105 Abs. 5 SGB V (neu):

Die Sicherstellungsabschläge nach § 103 Abs. 4 Satz 7 SGB V (neu) fließen in einen bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzurichtenden Sicherstellungsfonds, der genutzt wird für:

- Finanzielle Anreize zur Vermeidung/ Behebung von Unterversorgung (Finanzierung von Sicherstellungszuschlägen),
- Maßnahmen zum Abbau von Überversorgung (Aufkauf und die Stilllegung von Praxen);
- Vorhaltung von Mitteln, um perspektivisch Maßnahmen zur Abwendung von Unterversorgung finanzieren zu können.

Mit dieser Vorgabe ist sichergestellt, dass die dem Sicherstellungsfonds zufließenden Mittel zielgerichtet zur Behebung von (drohender) Unterversorgung bzw. – wenn in dem KV-Bereich keine (drohende) Unterversorgung vorliegt – zum Abbau von Überversorgung eingesetzt werden.

Die Sicherstellungsabschläge wirken damit auf zweierlei Weise: Bewirken sie nicht bereits, dass ein Arzt seine Niederlassungsentscheidung zuungunsten des überversorgten Planungsbereiches fällt, so dienen sie unmittelbar der Finanzierung von Maßnahmen gegen Unter- oder Überversorgung. Die Mittel werden innerhalb des KV-Bereiches eingesetzt, in dem sie erhoben werden. Über die Verwendung der Mittel aus dem Sicherstellungsfonds entscheidet der Landesausschuss. Reichen die Mittel nicht aus, greift die bereits bestehende Regelung in § 105 Abs. 4 zur jeweils hälftigen Finanzierung der Maßnahmen zur Sicherstellung.

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

12. §§ 140b, 140d SGB V (Integrierte Versorgung)

A. Vorschrift

In § 140d Abs. 1 SGB V wird die Anschubfinanzierung von bis zu 1 % um ein Jahr bis 31.12.2007 verlängert. Weiterhin müssen Mittel aus der Anschubfinanzierung nunmehr innerhalb von vier Jahren (bisher drei Jahre) ausgegeben werden, ansonsten sind sie zurück zu zahlen. Begründet wird die Verlängerung mit der Verschiebung der Einführung der morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina um zwei Jahre.

B. Stellungnahme

Eine Verlängerung nur um ein Jahr ist weder argumentativ nachvollziehbar noch von der Sache her korrekt. Es bedarf daher der im 4. Arbeitsentwurf GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz angekündigten Verlängerung der Anschubfinanzierung im Rahmen des VÄndG bis zumindest Ende 2008. Die bisher bestehenden unterschiedlichen Interpretationen des Gesetzestextes insbesondere bzgl. des Rückzahlungs-Prozederes bleiben erhalten, die sich daraus ergebenden Probleme werden lediglich – nach derzeitigem Stand des Entwurfes - um ein Jahr nach hinten verschoben.

Begründet wird die Verlängerung mit der in § 85a SGB V (Nr. 4) vorgesehenen Verschiebung der Einführung der morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina. Wenn eine Anschubfinanzierung bei Morbi RLV nicht mehr benötigt wird (Argument des BMG), wäre es logisch, den Zeitraum nicht nur um ein Jahr, sondern um zwei Jahre zu verlängern. Dies würde dann auch mit dem Ende der Konvergenzphase im stationären Bereich übereinstimmen.

Vertragsabschlüsse bedürfen, wenn sie qualitative Verbesserungen bei der Versorgung bewirken wollen, einer umfassenden Vorbereitung (Analyse des Leistungsgeschehens und Entwicklung von Verbesserungen), einer mehrjährigen Laufzeit und einer kontinuierlichen Überprüfung durch die Vertragspartner. Veränderungen bei der Versorgung und damit einhergehende Einsparungen sind deshalb erst mittel- oder langfristig erkennbar und erzielbar. Zunächst sind zusätzliche Aufwendungen erforderlich um die Leistungserbringer zum Abschluss von Verträgen zu gewinnen.

Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von vier Jahren (bisher drei) für die Integrierte Versorgung ausgegeben, sind sie nach § 140d Abs. 1 SGB V zurückzuzahlen. Diese Vorgabe wird von GKV und den Leistungserbringerverbänden (KBV und DKG) unterschiedlich ausgelegt. Neben Fragen zur Nachweisverpflichtung sind insbesondere die Mittelverwendung für einen bestimmten Vertrag oder für mehrere Verträge sowie die Verwendung über das

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

Jahr 2007 hinaus bis 2010 strittig. Um Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden sind auch hier gesetzliche Klarstellungen notwendig.

Darüber hinaus stoßen viele Krankenkassen bereits an die bisher im Gesetz vorgesehene 1%-Grenze für die Anschubfinanzierung. Die Verlängerung der Anschubfinanzierung sollte mit einer Erhöhung dieser Grenze einhergehen, um weiteren Integrationsprojekten gleich gute Startbedingungen einzuräumen.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

1. In § 140b Abs. 4 Satz 2 wird die Angabe "2006" durch die Angabe "2008" ersetzt.
2. § 140d Abs. 1 ist wie folgt zu fassen:
 - a. In Satz 1 wird die Angabe "2006" durch "2008" ersetzt.
 - b. Satz 5 bleibt in der bisherigen Fassung erhalten.
 - c. An Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, bei Einbehalt der Anschubfinanzierung jeweils im ersten Quartal des darauffolgenden 3. Jahres gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften einen pauschalen Mittelverwendungsnachweis abzugeben. Aus diesem Nachweis sollen die im Abzugsjahr einbehaltenen Mittel, deren Verwendung für Verträge nach § 140a sowie mögliche Rückzahlungsverpflichtungen nachvollziehbar hervorgehen. Eine Verrechnung zwischen mehreren Verträgen ist möglich. KBV, DKG und Spitzenverbände der Krankenkassen sollen zur näheren Ausgestaltung eine gemeinsame Empfehlung abgeben.“
3. In § 140d Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe "2006" durch "2008" ersetzt.
4. In § 140d Absatz 4 werden nach den Wörtern "Vergütung werden" die Wörter "bis zum 31. Dezember 2008 nur" eingefügt.
5. In § 140 d Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe "1 v. H." durch die Angabe "2 v. H." ersetzt.

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

13. § 140 f Abs. 2 – 4 SGB V (Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten)

A. Vorschrift

Es wird klargestellt, dass das mit dem GMG eingeführte Mitberatungsrecht in verschiedenen Gremien auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung umfasst. Die Regelung gilt für den Gemeinsamen Bundesausschuss, den Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Datentransparenz, die Landes-Berufungs- und Zulassungsausschüsse sowie die Beschlussfassungen zum Hilfsmittelverzeichnis, zur Bestimmung von Festbetragsgruppen und Festbeträgen für Hilfsmittel sowie bzgl. der Empfehlungen nach § 126 SGB V.

B. Stellungnahme

Bislang wurde Patientenvertretern insbesondere in den Landesausschüssen die Anwesenheit bei der Beschlussfassung mit Hinweis auf die Zulassungsverordnung verweigert. Die Neuregelung soll als vertrauensbildende Maßnahme dienen und eine Angleichung zu den Gepflogenheiten im G-BA herstellen, in dem Patientenvertreter bei den Beschlussfassungen anwesend sind.

Für die Bereiche zum Hilfsmittelverzeichnis, den Festbetragsgruppen und Festbeträgen für Hilfsmittel sowie bzgl. der Empfehlungen nach § 126 SGB V macht eine Anwesenheit bei der Beschlussfassung wenig Sinn. Eine sinnvolle Einflussnahme durch die Interessengruppen kann nur im Rahmen der vorgeschalteten Anhörungen erfolgen. Diese Verfahren sind insofern ausreichend geregelt. Zu bemängeln ist hier allerdings, dass Interessenvertretungen, die sich zu den spezifischen Produktgruppen gebildet haben, keine Anhörungsrechte haben.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Streichung des vorgeschlagenen Satz 2 in Absatz 4.

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

14. § 140 f Abs. 5 SGB V (Reisekostenvergütung für Patientenvertreter)

A. Vorschrift

Die im Rahmen des Mitberatungsrechts von Patientinnen und Patienten benannten sachkundigen Personen erhalten zukünftig neben einer Reisekostenvergütung auch einen Ersatz des Verdienstausfalls. Der Anspruch richtet sich wie bei den Reisekosten gegen die entsprechenden Gremien.

B. Stellungnahme

Vor dem Hintergrund, dass einige Patientenvertreter für die Wahrnehmung ihrer Beratungstätigkeit Urlaub einreichen müssen, ist eine entsprechende Regelung grundsätzlich sachgerecht. Der Finanzausschuss des G-BA hat in seiner Sitzung am 20.05. 2005 daher auch Verständnis für das entsprechende Anliegen der Patientenvertreter geäußert. Eine Finanzierung dieser Aufwandsentschädigung aus Steuermitteln wäre aus Sicht der Spitzenverbände allerdings wünschenswert und sachgerecht.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

15. § 268 (Risikostrukturausgleich)

A. Vorschrift

Die Einführung des für den 1.1.2007 vorgesehenen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs wird wegen des zwischenzeitlichen Zeitablaufes und dem Unterbleiben der Erhebung der notwendigen Daten auf den 1.1.2009 verschoben. Entsprechend wird die Verpflichtung des BMG, die nähere Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs mittels einer Rechtsverordnung vorzunehmen, zeitlich nach hinten verschoben.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände werden im Rahmen des anhängigen Verfahrens zum GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz im Einzelnen Stellung beziehen.

**Spitzenverbände der
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

16. § 285 (Austausch personenbezogener Daten unter Kassenärztlichen Vereinigungen)

A. Vorschrift

Die Regelung enthält redaktionelle Anpassungen wegen der GMG-Neuregelung zur Abrechnungsprüfung in § 106a. Die Ermöglichung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften macht den Austausch personenbezogener Daten unter den Kassenärztlichen Vereinigungen u.a. zu Abrechnungs- und Steuerungszwecken notwendig.

B. Stellungnahme

Zustimmung

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

**Spitzenverbände der
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

17. Artikel 2 (Änderung des § 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflege-satzverordnung)

A. Vorschrift

§ 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 nimmt eine Änderung in Folge der Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung vor.

B. Stellungnahme

Die Regelung trägt zur besseren budgettechnischen Umsetzung bei und ist daher grundsätzlich zu begrüßen. Die bisherige Fassung berücksichtigt jedoch nicht die im 4. Arbeitsentwurf GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz angekündigte Verlängerung der Anschubfinanzierung im Rahmen des VÄndG bis zumindest Ende 2008 und muss entsprechend angepasst werden.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Die Angabe „2007“ wird durch die Angabe „2009“ ersetzt.

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

18. Artikel 3 (Änderung des § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e Krankenhausentgeltgesetzes)

A. Vorschrift

Die Regelung sieht vor, dass ab dem Jahr 2008 alle Leistungen der integrierten Versorgung aus den Krankenhausbudgets ausgegliedert werden müssen.

B. Stellungnahme

Die Regelung trägt zur besseren budgettechnischen Umsetzung bei und ist daher grundsätzlich zu begrüßen. Die bisherige Fassung berücksichtigt jedoch nicht die im 4. Arbeitsentwurf GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz angekündigte Verlängerung der Anschubfinanzierung im Rahmen des VÄndG bis zumindest Ende 2008 und muss entsprechend angepasst werden.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

"oder ab dem Jahr **2009** Kosten für Leistungen, die im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden und noch im Ausgangswert enthalten sind"

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

19. Artikel 4, Nummer 1 (Änderung des § 192 Absatz 1 SGG Sozialgerichtsgesetzes (SGG) - Auferlegung von Verschuldungskosten bei missbräuchlicher Zahlungsverweigerung der „Praxisgebühr“ durch den Versicherten)

A. Vorschrift

Vorgesehen ist, dass dem Versicherten Verschuldungskosten auferlegt werden können, wenn das Gericht feststellt, dass die Einlegung des Widerspruchs gegen den Zuzahlungsbescheid missbräuchlich war. Als verursachter Kostenbeitrag gilt dabei mindestens der Betrag nach § 184 Absatz 2 für die jeweilige Instanz (150 Euro vor dem SG, 225 Euro vor dem LSG und 300 Euro vor dem BSG). Die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung soll für den Fall, dass das Gericht dem Versicherten die genannten Verschuldungskosten auferlegt, von der Zahlung der Pauschgebühr gemäß § 184 Absatz 2 befreit sein.

B. Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist vom Ansatz her zu begrüßen, ist aber nicht geeignet, das Problem der Verfahrenskosten, welches derzeit einer gerichtlichen Eintreibung der Praxisgebühr entgegensteht, vollständig zu lösen. Dies liegt daran, dass sie den Versicherten nur dann mit Verfahrenskosten belastet und die KV davon entlastet, wenn ein Fall der missbräuchlichen Rechtsverfolgung im Sinne von § 192 vorliegt. Ein solcher Fall wird aber nur in den seltensten Fällen vorliegen, weil die Anforderungen an den Missbrauchsbegriff im Sinne des § 192 sehr hoch zu stecken sind. Insbesondere reicht es hier nicht aus, dass der Rechtsstreit offensichtlich aussichtslos ist – vielmehr enthält der Vorwurf der Rechtsmissbräuchlichkeit auch ein subjektives Handlungselement (vgl. Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 4. Auflage Kapitel XII Rz. 35).

Die Neuregelung würde deshalb – abgesehen von den Ausnahmefällen, in denen eine rechtsmissbräuchliche Rechtsverfolgung im Sinne von § 192 vorliegt, dazu führen, dass die KV die Pauschgebühr nach § 184 in Höhe von 150 Euro auch dann zu zahlen hätte, wenn der Versicherte zur Zahlung der Praxisgebühr verurteilt wird. Dies steht außer Verhältnis zu dem einzutreibenden Betrag der Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

1. Nach § 186 SGG wird ein neuer § 187 SGG eingefügt. Dieser lautet:

§ 187 (Entfallen der Pauschgebühr)

„Die Gebühr entfällt in Rechtsstreitigkeiten, in denen es um die von Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen geltend gemachten Zahlungsansprüche aus Zuzahlungsverpflichtungen der Versicherten gemäß § 28

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 43 b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geht.“

2. In § 192 Absatz 1 wird der Satz 5 gestrichen.

Begründung

zu 1. Die Einführung des neuen § 187 bewirkt, dass KVen die Pauschgebühr in Höhe von 150 Euro bei Klagen wegen der Nichtzahlung der Praxisgebühr nicht entrichten müssten. Dieser Neuregelung liegt der Gedanke zugrunde, dass die Erhebung einer Pauschgebühr in Höhe von 150 Euro bei der KV bzw. KZV bei dem Zahlungsanspruch in Höhe von 10 Euro unverhältnismäßig ist. Dies gilt in besonderem Maße, weil die KV bzw. KZV die Pauschgebühr sonst auch im Falle ihres Obsiegens zu zahlen hätte. Eine Durchsetzung des Zahlungsanspruchs wäre in diesem Falle vernünftigerweise nicht mehr vertretbar.

zu 2. Es handelt sich um eine Folgeänderung. Die Regelung in Satz 5 des § 192 wird überflüssig, weil die KV in allen Rechtsstreitigkeiten von der Pauschgebühr befreit wird und nicht nur in Fällen der rechtsmissbräuchlichen Rechtsverfolgung.

Alternativvorschlag zum Änderungsvorschlag unter C.

In § 197a Abs. 1 Satz 1 1. Halbsatz SGG werden nach den Wörtern “genannten Personen” folgende Wörter angefügt:

“ oder handelt es sich um Rechtsstreitigkeiten wegen der Einziehung der Zuzahlung nach § 28 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch”.

Begründung:

Bei Klageverfahren zum Einzug offener Zuzahlungsbeträge (Praxisgebühr) hat es sich als hinderlich erwiesen, dass die Verfahrenskosten selbst dann bei den Kassenärztlichen Vereinigungen verbleiben, wenn diese in den Verfahren gegen säumige Zahler obsiegen. Hierbei handelt es sich gemäß § 184 Abs. 2 SGG um Pauschalgebühren in Höhe von 150 Euro, die allein in erster Instanz und unabhängig vom Ausgang des Verfahrens fällig werden, während der säumige Versicherte von jeglichen Gerichtskosten freigestellt ist.

Im Interesse einer möglichst weitgehenden Umsetzung der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz verfolgten Intention und nicht zuletzt auch zur Steigerung der Motivation von Versicherten in Bezug auf die Begleichung noch offe-

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

ner Zuzahlungsbeträge wird daher § 197a Abs. 1 SGG dahingehend geändert, dass auch in den Rechtsstreitigkeiten wegen Einziehung gesetzlicher Zuzahlungen Kosten nach den Vorschriften des Gerichtskostengesetzes (GKG) erhoben werden. Damit hätte grundsätzlich die im Streitverfahren unterliegende Partei – und damit ggf. auch der Versicherte – die Gerichts- und ggf. Anwaltskosten zu tragen, wobei die vom Versicherten im Falle des Unterliegens zu zahlenden Gerichtskosten – aufgrund des Verweises in das GKG – geringer als 150 Euro ausfallen würden. Eine Pauschgebühr würde nicht anfallen, weil § 197 a SGG regelt, dass die §§ 184-195 keine Anwendung finden (vgl. § 197 a Satz 1, 2. Halbsatz).

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

20. Artikel 5, § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV (Vereinbarkeit vertragsärztlicher Tätigkeit mit Tätigkeit an Krankenhaus, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung)

A. Vorschrift

Die Tätigkeit eines Arztes in oder in Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung wird für mit der vertragsärztlichen Tätigkeit vereinbar erklärt.

B. Stellungnahme

Erhebliche Bedenken. Zu befürchten sind Leistungsausweitungen im Sinne angebotsinduzierter Nachfrage, die durch Ärzte, die parallel im Krankenhaus, in der Reha- / Vorsorgeeinrichtung und in der Vertragsarztpraxis arbeiten, hervorgerufen werden. Zudem wird hingewiesen auf die Möglichkeit, die Bedarfsplanung über das ambulante Operieren (§ 115 b SGB V) zu unterlaufen. Weiter ist zu erwarten, dass die Regelung in kurzer Zeit zum Ende des Belegarztwesens führen würde. Damit die Regelung nicht zu erheblichen Kapazitätserweiterungen führt, muss zeitgleich mit ihrem Inkrafttreten ein Steuerungsinstrument vorhanden sein, das die Erfassung sämtlicher Leistungen, die der Arzt zu Lasten der GKV erbringt, ermöglicht.

Um Fehlsteuerungen zu vermeiden, sind derzeit bereits andere Rahmenbedingungen – z.B. Verträge zur Integrierten Versorgung – geeignet.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Die bisherige Regelung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV sollte beibehalten werden. Eine Änderung wird unterstützt unter der Voraussetzung, dass zeitgleich mit dem Inkrafttreten des VÄndG Steuerungsinstrumente zur Verfügung stehen, welche die gesamte Leistungserbringung des Arztes im Rahmen der GKV erfassen können.

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

21. Artikel 5, § 24 Ärzte-ZV (Zweigpraxen)

A. Vorschrift

Zweigpraxen sind in beliebiger Zahl möglich; die Eröffnung einer Zweigpraxis im gleichen KV-Bereich muss vom Vertragsarzt angezeigt werden. Liegt die Zweigpraxis außerhalb des Bereiches der KV, in der der Vertragsarzt Mitglied ist, hat der Vertragsarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen Anspruch auf Ermächtigung durch den dort zuständigen Zulassungsausschuss.

B. Stellungnahme

Zustimmung zur KV-internen Eröffnung weiterer Zweigpraxen unter der Bedingung (drohender) Unterversorgung. Würde die Regelung auch im Falle „nicht zulassungsbeschränkter Planungsbereiche“ gelten, so würde sie eher zu einer Verschärfung des Problems der Unterversorgung beitragen.

Die Eröffnung einer Zweigpraxis sollte nicht nur angezeigt werden, sondern genehmigungspflichtig sein. Die Genehmigung der Zweigpraxis sollte durch den Zulassungsausschuss oder wie bisher zumindest im Einvernehmen mit den Krankenkassen (§ 15 a BMV-Ä) erfolgen.

Als äußerst problematisch wird allerdings die Möglichkeit angesehen, Zweigpraxen KV-übergreifend zu zulassen. Es ist anzuzweifeln, dass die nunmehr vorgesehene Ermächtigung, die eine Steuerung der ärztlichen Leistungserbringung durch die jeweils betroffene KV ermöglicht, ausreichend ist, um eine Gesamtsteuerung der Leistungen des Arztes zu gewährleisten.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Voraussetzung für die Einführung KV-übergreifender Zweigpraxen muss die vorherige Entwicklung eines Steuerungsinstrumentes sein, das die gesamte Leistungserbringung des Arztes im Rahmen der GKV erfassen kann. Dies sollte in den Bundesmantelverträgen verankert werden.

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

22. Artikel 5, § 25 Ärzte-ZV (Zulassung von Vertragsärzten nach Vollendung des 55. Lebensjahres bei Unterversorgung)

A. Vorschrift

Die Zulassung von Vertragsärzten ist auch nach Vollendung des 55. Lebensjahres möglich, wenn dies zur Beseitigung von Unterversorgung erforderlich ist und die Ärzte in einem MVZ oder einer Vertragsarztpraxis angestellt werden.

B. Stellungnahme

Die Möglichkeit, bei Unterversorgung auch Vertragsärzte zulassen zu können, die das 55. Lebensjahr abgeschlossen haben, ist sinnvoll und wurde auch von den diese Stellungnahme tragenden Spitzenverbänden vorgeschlagen.

Die Regelung, dass angestellte Ärzte auch älter als 55 Jahre sein können, wenn sie zugelassen werden, sollte ausschließlich im Fall von (drohender) Unterversorgung gelten, da sich andernfalls die Problematik des Ärztemangels in strukturschwachen Gebieten noch verschärfen könnte.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

**Spitzenverbände der
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

23. Artikel 5, § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV (Regelung des zahlenmäßigen Umfangs der Beschäftigung angestellter Ärzte in den Bundesmantelverträgen)

A. Vorschrift

Die Regelung beauftragt die Partner der Bundesmantelverträge, einheitliche Regelungen über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Ärzte vorzunehmen.

B. Stellungnahme

Es ist sinnvoll, die Zahl der angestellten Ärzte einheitlich zu regeln.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

**Spitzenverbände der
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

24. Artikel 5, § 33 Abs. 1 Ärzte-ZV (Gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten in MVZ)

A. Vorschrift

In MVZ ist die gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten zulässig.

B. Stellungnahme

Sinnvolle Regelung.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

25. Artikel 5, § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV (Berufsausübungsgemeinschaften)

A. Vorschrift

Wie in der Musterberufsordnung bereits vorgesehen, sollen zukünftig auch laut Vertragsarztrecht „Berufsausübungsgemeinschaften“ von Ärzten zugelassen werden können. Die Berufsausübung kann sich auch auf einzelne Leistungen erstrecken (Ausnahme: Erbringung medizinisch-technischer Leistungen). Ein Arzt kann verschiedenen Berufsausübungsgemeinschaften angehören. Die Berufsausübungsgemeinschaft ist definiert für Vertragsärzte an einem gemeinsamen Vertragsarztsitz. Zulässig sollen jedoch auch überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften sein (mehrere Vertragsarztsitze innerhalb eines KV-Bezirktes) sowie, unter bestimmten Bedingungen, KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaften. Bei KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften erfolgen die Abrechnung, Wirtschaftlichkeitsprüfung etc. über den von der Berufsausübungsgemeinschaft angegebenen Vertragsarztsitz.

B. Stellungnahme

Für die Durchführung von KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften ist eine Regelung gefunden worden, wie sie unter Beibehaltung der bisher gültigen Abrechnungs- und Steuerungsinstrumente umgesetzt werden können: Die Berufsausübungsgemeinschaft rechnet über eine benannte Vertragsarztpraxis ab, die für diese Praxis zuständige KV führt die Prüfungen durch und ist zum Datenaustausch mit den KVen der anderen beteiligten Vertragsarztpraxen berechtigt. Die Regelung bringt einen hohen Koordinationsaufwand mit sich; es bleibt zu prüfen, ob die Steuerung der Berufsausübungsgemeinschaften auf diese Weise funktioniert und Leistungsausweitungen verhindert werden können.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Die Einführung von Berufsausübungsgemeinschaften innerhalb der KV-Grenzen wird befürwortet.

Die Einführung KV-übergreifender Berufsausübungsgemeinschaften sollte erst dann erfolgen, wenn ein Gesamtsteuerungsinstrument entwickelt worden ist, das die Erfassung der vertragsärztlichen Leistungserbringung über die KV- und Sektorgrenzen hinweg zuverlässig gewährleistet.

**Spitzenverbände der
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

26. Artikel 5, § 36 Abs. 2 (neu), und § 41 Abs. 1 und Abs. 5 Ärzte-ZV

A. Vorschrift

Klarstellung, dass Patientenvertreter zu den Sitzungen des Zulassungsausschusses geladen werden und ein Recht auf Anwesenheit bei der Beratung und Beschlussfassung haben.

B. Stellungnahme

Zustimmung.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

**Spitzenverbände der
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

27. Artikel 5, § 46 Ärzte-ZV

A. Vorschrift

Erhöhung der Verfahrens- und Verwaltungsgebühren um das Vierfache

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine überfällige, bereits mehrfach eingeforderte Regelung.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

keine

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

28. Artikel 7 (Aufhebung der 6. Gebührenanpassungsverordnung)

A. Vorschrift

Durch die Aufhebung der 6. Gebührenanpassungsverordnung entfällt der Vergütungsabschlag i.H.v. 10 v.H. für in den neuen Ländern erbrachte privatärztliche Leistungen nach der GOÄ, privat Zahnärztliche Leistungen nach der GOZ, Leistungen nichtärztlicher Psychotherapeuten sowie Leistungen freiberuflicher Hebammen.

B. Stellungnahme

Die Anhebung der Vergütung der Leistungen freiberuflicher Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe der gesetzlichen Krankenversicherung wird aufgrund der damit verbundenen Mehrkosten abgelehnt.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Aufrechterhaltung der Regelungen der 6. Gebührenanpassungsverordnung soweit sie die Vergütung der Leistungen freiberuflicher Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen.

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

29. Artikel 8 (Inkrafttreten des VÄndG)

A. Vorschrift

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz soll zum 1. Januar 2007 in Kraft treten.

B. Stellungnahme

Das Inkrafttreten des VändG wird erhebliche Auswirkungen auf die Ausgestaltung der vertragsärztlichen Versorgung haben. Im Nachgang müssen allein auf Bundesebene nahezu alle untergesetzlichen Normen angepasst werden – von den Bedarfsplanungs- und den Angestellte-Ärzte-Richtlinien über die Bundesmantelverträge, die Vereinbarungen zur Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 2 SGB V, den EBM, die Richtlinien zur Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung bis zu dem Vertrag über den Datenträgeraustausch. Darüber hinaus bedarf es der Entwicklung und Einführung einer neuen, bundeweit gültigen Arztabrechnungsnummer sowie der Anpassung sämtlicher Vordrucke und der Arztabrechnungssoftware an die vorzunehmenden Änderungen. Um die Steuerungsfähigkeit des Systems aufrecht zu erhalten, muss angestrebt werden, dass die genannten untergesetzlichen Normen zeitgleich mit den gesetzlichen Bestimmungen in Kraft treten.

C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Die Änderungen der vertragsärztlichen Versorgung durch VändG treten erst zum 01.07.2007 in Kraft.