

Bleibtreustraße 24
10707 Berlin
Telefon 030/ 8871437330
Telefax 030/ 8871437340



Edmund-Rumpler-Str.2
51149 Köln
Telefon 02203/ 5756-0
Telefax 02203/ 5756-7000

www.hausaerzterverband.de

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 17(14)0188(25) gel. VB zur öAnhörung am 19.10. 11_VStG 13.10.2011</p>

Stellungnahme des Deutschen Hausärzterverbandes

zum Regierungsentwurf eines

„Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen
Krankenversicherung“
vom 05.09.2011 (BT-Drs. 17/6906)

Köln / Berlin, 13.10.2011

A. Vorbemerkung

Der vorliegende Gesetzentwurf zielt mit seinen Regelungen darauf ab,

- auch künftig eine flächendeckende, wohnortnahe medizinische Versorgung zu sichern,
- das System der vertragsärztlichen Vergütung durch Zurücknahme zentraler Vorgaben zu flexibilisieren und zu regionalisieren;
- die Verzahnung der Leistungssektoren zu verbessern,
- einen schnellen Zugang zu Innovationen sicherzustellen und
- mit einer Stärkung wettbewerblicher Elemente, Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter zu erhöhen.

Der Deutsche Hausärzteverband [DHÄV] begrüßt diese allgemeinen Zielsetzungen, hält aber die dafür eingesetzten Instrumente für nicht zielführend oder nicht ausreichend. Der DHÄV beschränkt sich in seiner nachfolgenden Stellungnahme auf die Darstellung notwendiger Ergänzungen in Gestalt von Regelungen für den Bereich der hausärztlichen, speziell der hausarztzentrierten Versorgung.

B. Stellungnahme

I. Allgemeine Überlegungen

Grundsätzlich begrüßt wird der durch die Bundesregierung festgestellte Handlungsbedarf zur Gewährleistung und Sicherstellung einer hochwertigen, bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland. Auffällig ist aber, dass nahezu alle Neuregelungen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung auf dem tradierten Kollektivvertragssystem aufsetzen. Insbesondere die Kassenärztlichen Vereinigungen werden mit einer Vielzahl von zusätzlichen Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten ausgestattet, ohne dass dem entsprechende Verpflichtungen gegenüberstehen. Dem gegenüber wird der Bereich der selektivvertraglichen Versorgung, und damit auch der Bereich der hausarztzentrierten Versorgung, völlig ausgeblendet, obwohl zwischenzeitlich in vielen Bundesländern eine Vielzahl von Versicherten und Hausärzten an dieser neuen und zukunftsweisenden Versorgungsform teilnehmen.

Den Vertragspartnern auf Selektivvertragsebene sollten folglich weitere Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten gegeben werden, um im Bereich der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung Maßnahmen zur Beseitigung von Unter- und Überversorgung vertraglich zu vereinbaren. Hierzu bedarf es einer konsequenten Weiterentwicklung des Selektivvertragssystems, insbesondere der Neuordnung des Verhältnisses Selektivvertragssystem zum Kollektivvertragssystem.

Gerade im Bereich der hausärztlichen Versorgung ist in Deutschland die flächendeckende ambulante Versorgung akut gefährdet. Während die Zahl der niedergelassenen Fachärzte deutlich angestiegen ist und noch immer steigt, ist die Zahl der Hausärzte rückläufig und droht, in den kommenden Jahren weiter zurückzugehen. Rund 44 % der Hausärztinnen und Hausärzte sind heute über 54 Jahre alt. Trotz zahlreicher Interventionen des Gesetzgebers, den Beruf des Hausarztes wieder attraktiver zu machen, finden viele ältere Hausärzte, insbesondere in ländlichen Gegenden, keine Praxisnachfolger. Immer weniger junge Medizinerinnen und Mediziner absolvieren eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin.

Mit der Schaffung sogenannter besonderer Versorgungsformen oder neuer Versorgungsformen hat der Gesetzgeber die ambulante Versorgung für wettbewerbliche Suchprozesse geöffnet. Aufgrund vieler Behinderungen dieser Versorgungsformen durch die Vertragsparteien der Kollektivverträge konnten sich jedoch nur in wenigen Regionen die besonderen Versorgungsformen als ernsthafte Regelversorgung etablieren. Die Vertragsparteien in den neuen Versorgungsformen sind in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung nicht repräsentiert, selbst wenn ausschließlich ihre Belange betroffen sind.

Deshalb sollte es auch zu den Zielen eines Versorgungsgesetzes zählen, dass

- der Beruf des Hausarztes für junge Medizinerinnen und Mediziner wieder attraktiver wird,
- die neuen Versorgungsformen zu einer echten Alternative zum Kollektivvertrag ausgebaut werden, die nicht durch die Vertragsparteien der Kollektivverträge diskriminiert und behindert werden können,
- die Parteien der besonderen Versorgungsformen in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung angemessen repräsentiert werden, insbesondere, wenn es um eigene Belange geht.

II. Im Einzelnen

1. Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung

Eine echte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen ist nur durch eine Neuordnung des Verhältnisses von kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung zu erreichen. Konsequenter wäre es, die besonderen Versorgungsformen [§§ 73 a, 73 b, 73 c und 140 a ff. SGB V] als weitere Säule zur Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten Versorgung zum festen Bestandteil der sog. Regelversorgung zu machen. Denn Kollektivverträge allein reichen nicht mehr zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung aus.

Als Vertragsinhalt sollte für alle Versorgungsformen eine Beschreibung von Umfang und Qualität der Versorgung einschließlich der teilnehmenden Versicherten und deren Morbiditätsstruktur vorgegeben werden.

Zur Sicherung einer flächendeckenden, wohnortnahen hausärztlichen Versorgung sind die Einschränkungen, die mit dem Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) vom 22.10.2010 (Bundesgesetzblatt S. 2309) eingefügt worden sind, wieder aufzuheben. Die Einschränkungen, die der Gesetzgeber im GKV-Finanzierungsgesetz zur Ausgestaltung der Vergütung und deren Prüfung durch die Aufsichtsbehörden vorgenommen hat, und die allein die Hausärzte treffen - dies begegnet wettbewerblich und verfassungsrechtlich erheblichen Bedenken -, widersprechen den Zielen der Stärkung der hausärztlichen Versorgung und der Intensivierung des Wettbewerbs in der ambulanten Versorgung. Es ist - wie bei allen anderen besonderen Versorgungsformen auch - Sache der Vertragsparteien, Struktur und Höhe der hausärztlichen Vergütung festzulegen und Leistungen, die über die Standards der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V hinaus gehen, gesondert zu vergüten. Dies gilt insbesondere bei bereits eingetretener, drohender oder absehbarer Unterversorgung.

Zu den Mindestanforderungen, die Vertragsärzte als Teilnehmer der hausarztzentrierten Versorgung erfüllen müssen, sollte die Übernahme der Koordinierungsfunktion und des Schnittstellenmanagements gehören [§ 11 Abs. 4 SGB V]. Ferner sollen weitere Anforderungen umschrieben werden, die in der Regel vertraglich ausgefüllt werden sollen.

Hierzu gehören aus Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes:

- die Ausrichtung auf eine flächendeckende Versorgung;
- die Einbindung in abgestimmte, bevölkerungsbezogene Versorgungskonzepte;
- Anschlussfähigkeit gegenüber anderen Versorgungsformen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen;
- Regelungen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit bei veranlassten Leistungen, insbesondere bei der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln, Heil- und Hilfsmitteln;
- die Förderung des hausärztlichen Nachwuchses, insbesondere im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und bei der Niederlassung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten;
- Regelung eines diskriminierungsfreien Zugangs der Versicherten;
- Regelungen zur Vermeidung von Doppelinanspruchnahme unterschiedlicher Versorgungsformen durch die Versicherten;
- die Berücksichtigung von kooperativen Betriebsformen und der Praxisnachfolge;
- die Erleichterung von Folgeverträgen und
- die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung einschließlich der Veröffentlichung nach allgemein anerkannten Standards durch unabhängige Sachverständige.

Um Zweifel an der Ausgestaltung des Schiedsverfahrens nach § 73b SGB V zu beheben, sollte klargestellt werden, dass für dieses Verfahren die Vorschriften des Zehnten Buches der Zivilprozessordnung analog anwendbar sind. Außerdem muss die Konfliktlösung über ein Schiedsverfahren auf Streitigkeiten erweitert werden, die bei der Umsetzung einer vertraglichen Vereinbarung oder eines Schiedsspruchs entstehen.

Die hausarztzentrierte Versorgung ist selbstverständlich der Einhaltung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der erbrachten und der veranlassten Leistungen verpflichtet. Im Sinne einer gleichberechtigten Versorgungsform sollten die Selektivvertragspartner eigenständige Regelungen zur Einhaltung und Prüfung dieser Ziele vereinbaren, die den allgemeinen Regelungen, speziell den §§ 106, 106 a SGB V vorgehen.

Die unter Art. I Nr. 13 genannte Änderung des § 73 b Abs. 4 a SGB V, wonach Klagen gegen die **Feststellung sich künftig gegen eine der beiden Vertragsparteien und nicht mehr gegen die** Schiedsperson richten sollen, ist vor dem Hintergrund der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu § 132 a SGB V [vgl. BSG vom 25.11.2010; B 3 KR 1/10 R, RN 26] unklar und in der vorliegenden Fassung nicht ausreichend, wenn damit klargestellt werden soll, dass es sich bei dem Schiedsverfahren um ein Schlichtungsverfahren nach analog § 317 Abs.1 BGB handeln soll.

2. Weiterentwicklung der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Neuregelung zu den jeweiligen Landesausschüssen

Auch hier ist das Bündel der mit dem Referententwurf vorgestellten Maßnahmen zu stark auf das Kollektivvertragssystem ausgerichtet. Will der Gesetzgeber die zur Stärkung des Wettbewerbs eingeführten Versorgungselemente der besonderen Versorgungsformen erhalten und weiterentwickeln, so muss er aufgrund der zahlreichen Schnittstellen und des in der Umsetzung notwendigen Zusammenwirkens mit den Partnern der Gesamtverträge den Vertretern der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Vertragsärzte, die an besonderen Versorgungsformen teilnehmen, eine klare und verbindliche Beteiligung an den Selbstverwaltungsgremien auf Bundes- und auf Landesebene einräumen.

3. Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems

Im Bereich der Novellierung des vertragsärztlichen Vergütungssystems wird angeregt, die "Trennung der Gesamtvergütungen" bereits auf der Ebene der Verhandlungen der Gesamtverträge nach § 83 SGB V i.V.m. § 85 SGB V festzuschreiben. Die Vertragspartner der Gesamtverträge sollten bereits auf dieser Ebene die Gesamtvergütungen getrennt für den Bereich der haus- und fachärztlichen Versorgung verhandeln. Die bei den Kassenärztlichen Vereinigungen angesiedelte Kompetenz zur Honorarverteilung, die künftig nur noch im Benehmen mit den Krankenkassen festzulegen ist, kann dann innerhalb der bereits getrennt vereinbarten Gesamtvergütungen für den Bereich der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung ausgeübt werden. Damit können intransparente Ausgleichsregelungen zwischen den beiden Versorgungsebenen, wie z.B. über Vorwegabzüge, Rückstellungen, Strukturverträge oder sonstige Umverteilungsmaßnahmen, vermieden werden. Dies führt zu einer Befriedung der vorgenannten Fachgruppen bei der Honorarverteilung. Schließlich

könnten Bereinigungsverfahren klarer, transparenter und versorgungsspezifisch durchgeführt werden. Ohne eine solche Trennung werden die Änderungen zur Honorierung, insbesondere zu § 87 b SGB V, und zur spezialärztlichen Versorgung abgelehnt.

4. Sonstiges

Die Komplexität der Neuregelungen in § 116 b SGB V erschwert eine umfassende Bewertung. Ob hier tatsächlich ein Erfordernis besteht, ein neues - kostenintensives - Versorgungselement zu etablieren, erscheint fraglich. Zumindest gibt es dringendere Versorgungsprobleme, die gelöst werden müssen, wozu an erster Stelle die Sicherstellung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung gehört. Auffällig ist, dass der Zugang zur spezialärztlichen Versorgungsebene nicht geregelt ist. Es bedarf aber aus medizinischen wie aus ökonomischen Gründen in jedem Fall eines Überweisungsvorbehaltes für den Zugang zur spezialärztlichen Ebene durch einen Hausarzt, der auch hier im Sinne von § 11 Abs. 4 SGB V die entscheidende Koordinierungsfunktion übernehmen sollte.

Ausdrücklich Bezug genommen wird auf die Stellungnahme des Bundesrates im Artikel 1 Nr. 13 Buchstabe b, wonach bis zu einer entgegenstehenden rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung der durch Schiedsspruch festgesetzte Vertragsinhalt als verbindlich gelten soll und umzusetzen sei.

Dagegen bestehen erhebliche Bedenken gegen einen Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zur Ermöglichung eines Modellvorhabens zur Arzneimittelversorgung (geplanter § 64 a SGB V). Mit der Übernahme des sog. „KBV-ABDA-Konzepts“ zum Medikationsmanagement erfolgt ein Eingriff in die Therapiefreiheit des Arztes und eine Kompetenzverschiebung vom verschreibenden Arzt zum Apotheker. Der Deutsche Hausärzteverband lehnt diesen Eingriff ab.

C. Formulierungshilfen

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 687) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 11 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

a) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Dem Hausarzt kommt dabei die zentrale Koordinierungsfunktion und das Schnittstellenmanagement zu.“

b) Die bisherigen Sätze 5 und 6 werden die Sätze 6 und 7.

Begründung:

Die Vorschrift stellt klar, dass zum Versorgungsmanagement, auf das jeder gesetzlich Krankenversicherte im Fall der Erkrankung einen gesetzlichen Anspruch hat, auch die zentrale Koordinierung aller Leistungen und das Schnittstellenmanagement zwischen unterschiedlichen Bereichen der Versorgung durch den Hausarzt gehört. Damit soll sichergestellt werden, dass der Hausarzt zentraler Ansprechpartner für die Inanspruchnahme aller Leistungen in einem komplexen Versorgungsgefüge bleibt und alle notwendigen Informationen aus der Versorgung sonstiger Leistungserbringer beim Hausarzt zusammentreffen. Insbesondere sollen damit unnötige Wartezeiten, Doppeluntersuchungen und Fehlversorgung an den Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Versorgungsbereichen verhindert werden.

2. § 73 b wird wie folgt geändert:

a) Hinter Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 wird folgende Nummer 5 angefügt:

„5. Übernahme der Koordinierungsfunktion und des Schnittstellenmanagements nach § 11 Abs. 4 Satz 5.“

b) Hinter Abs. 2 Satz 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Darüber hinaus soll die hausarztzentrierte Versorgung folgende Elemente enthalten:

1. Ausrichtung auf eine flächendeckende Versorgung,
2. Einbindung in abgestimmte, bevölkerungsbezogene Versorgungskonzepte,
3. Anschlussfähigkeit gegenüber anderen Versorgungsformen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen,
4. Regelungen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit bei veranlassten Leistungen, insbesondere bei der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln, Heil- und Hilfsmitteln,
5. Förderung des hausärztlichen Nachwuchses, insbesondere im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und bei der Niederlassung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten,
6. Regelung eines diskriminierungsfreien Zugangs der Versicherten,
7. Regelungen zur Vermeidung von Doppelanspruchnahme unterschiedlicher Versorgungsformen durch die Versicherten,
8. Berücksichtigung von kooperativen Betriebsformen und der Praxisnachfolge,
9. Erleichterung von Folgeverträgen und
10. wissenschaftliche Begleitung und Auswertung einschließlich der Veröffentlichung nach allgemein anerkannten Standards durch unabhängige Sachverständige.“

c) Hinter Abs. 3 Satz 4 werden folgende Sätze 5 und 6 angefügt:

„Dabei ist den Besonderheiten kooperativer Betriebsformen Rechnung zu tragen. Außerdem sind vertragskonforme Regelungen für einen Statuswechsel der eingeschriebenen Versicherten und der teilnehmenden Ärzte, insbesondere für eine Praxisnachfolge, zu treffen.“

d) In Abs. 4 Satz 3 wird die Nummer 4 gestrichen.

e) In Abs. 4 a wird nach Satz 4 folgender Satz 5 angefügt:

„Für das Schiedsverfahren gelten die Vorschriften des Zehnten Buches der Zivilprozessordnung entsprechend.“

f) Hinter Abs. 4 a wird folgender Abs. 4 b angefügt:

„Entstehen bei der Umsetzung einer Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 1 oder eines Schiedsspruchs nach Absatz 4 a Satz 1 Streitigkeiten zwischen den Vertragspartnern, so können diese im Wege eines Schiedsverfahrens gelöst werden.“

g) Abs. 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird gestrichen.

bb) Die Sätze 3 bis 5 werden die Sätze 2 bis 4.

cc) Hinter Satz 4 wird folgender Satz 5 angefügt:

„Im Übrigen gehen vertragliche Regelungen den Vorschriften des Neunten Titels vor.“

h) Abs. 5 a entfällt.

i) Abs. 7 wird wie folgt neu gefasst:

„Zur Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung haben die Vertragspartner in den Verträgen nach Abs. 4 zu vereinbaren, dass die besonderen Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehenden Leistungen, insbesondere Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit bei veranlassten Leistungen, gesondert vergütet werden.“

j) Abs. 9 entfällt.

Begründung:

Die Änderungen des § 73 b dienen der Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung als flächendeckende Regelversorgung. Sie berücksichtigen die Erfahrungen bei der bisherigen Umsetzung dieser Vorschrift. Die Einschränkungen, die mit dem Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) vom 22.12.2010 (BGBl. S. 2309) eingefügt worden sind, werden aufgehoben.

Zu den Mindestanforderungen, die Vertragsärzte als Teilnehmer der hausarztzentrierten Versorgung erfüllen müssen, gehört die Übernahme der Koordinierungsfunktion und des Schnittstellenmanagements, auf die Versicherte nach § 11 Abs. 4 Satz 5 einen Anspruch haben. Darüber hinaus werden weitere Anforderungen umschrieben, die in der Regel vertraglich ausgefüllt werden sollen. Hierzu zählt insbesondere die Ausrichtung auf eine flächendeckende Versorgung. Gerade die hausarztzentrierte Versorgung muss wohnortnah und für alle Versicherten zugänglich sein. Sie soll sich in übergreifende bevölkerungsbezogene Versorgungskonzepte einfügen und auf andere Versorgungsformen, wie die ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung, die Prävention, die Rehabilitation oder die Pflege, abgestimmt sein. Dazu zählt auch die enge Kooperation mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen.

Den Vertragsarzt treffen besondere Pflichten bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung oder von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel. Daher sollen Verträge nach § 73 b spezielle Anreize zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der veranlassten Leistungen enthalten. Auch soll mit geeigneten Maßnahmen eine doppelte Inanspruchnahme unterschiedlicher Versorgungsformen durch die eingeschriebenen Versicherten vermieden werden.

Ein wesentliches Motiv für die Einführung der hausarztzentrierten Versorgung war die Steigerung der Attraktivität des Arztberufes, speziell in der Primärversorgung. Daher sollen Verträge nach § 73 b Regelungen enthalten, die einen ausreichenden Nachwuchs an Hausärzten gewährleisten. Dies betrifft insbesondere die adäquate Vergütung angehender Hausärzte im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Auch sollen Regelungen getroffen werden, die eine Niederlassung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten attraktiv macht.

Die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen ist freiwillig. Daher dürfen keine besonderen Hürden errichtet werden, die den Zugang von Versicherten zur hausarztzentrierten Versorgung

erschweren. Insbesondere sind Neueinschreibungen bei einem bloßen Statuswechsel – beispielsweise von Familienversicherten zu aktiv Versicherten – zu vermeiden.

Auch die Teilnahme von Vertragsärzten an besonderen Versorgungsformen ist freiwillig. Daher sollten Besonderheiten bei der Betriebsform der ärztlichen Berufsausübung wie zum Beispiel in einer Praxisgemeinschaft, einer Gemeinschaftspraxis oder in einem medizinischen Versorgungszentrum im Vertragsinhalt berücksichtigt werden. Schließlich sollte die Praxisnachfolge möglichst unbürokratisch ohne Neueinschreibungsverpflichtung geregelt werden können.

Wettbewerb ist ein Lern- und Suchprozess. Daher sollten Einzelverträge zur hausarztzentrierten Versorgung grundsätzlich durch unabhängige Sachverständige wissenschaftlich begleitet werden. Ihre Ergebnisse sollten nach allgemein anerkannten Standards der Versorgungsforschung ausgewertet und veröffentlicht werden. Die Verträge sollten schließlich Regelungen enthalten, die den Abschluss von Folgeverträgen nach Ablauf der Vertragszeit oder die Anpassung der Verträge an neue Erkenntnisse erleichtern.

Die hausarztzentrierte Versorgung wird konsequent als wettbewerbliche Versorgungsform ausgestaltet. Daher scheiden Kassenärztliche Vereinigungen als Vertragspartner dieser Versorgungsform aus. Eine Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch Vertragsärzte wird deshalb aus der Vorschrift gestrichen.

Um Zweifel an der Ausgestaltung des Schiedsverfahrens zu beheben, wird ausdrücklich klargestellt, dass für dieses Verfahren die Vorschriften des Zehnten Buches der Zivilprozessordnung analog anwendbar sind. Außerdem wird die Konfliktlösung über ein Schiedsverfahren auf Streitigkeiten erweitert, die bei der Umsetzung einer vertraglichen Vereinbarung oder eines Schiedsspruchs entstehen.

Die Beteiligung von Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Umsetzung des Vertragsinhalts ist künftig ausgeschlossen, um Interessenkollisionen zu vermeiden. Die Verpflichtung zur gegenseitigen Information und zur vertrauensvollen Zusammenarbeit aus § 73 Abs. 1 Satz 2 bleibt unberührt.

Die hausarztzentrierte Versorgung ist selbstverständlich der Einhaltung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der erbrachten und der veranlassten Leistungen verpflichtet. Es wird jedoch ausdrücklich klargestellt, dass ein Vertrag nach § 73 b eigenständige Regelungen zur Einhaltung und Prüfung dieser Ziele enthalten kann, die den allgemeinen Regelungen, speziell den §§ 106, 106 a vorgehen.

Die Einschränkungen, die der Gesetzgeber im GKV-Finanzierungsgesetz zur Ausgestaltung der Vergütung und deren Prüfung durch die Aufsichtsbehörden vorgenommen hat, werden aufgehoben, da sie den Zielen der Stärkung der hausärztlichen Versorgung und der Intensivierung des Wettbewerbs in der ambulanten Versorgung widersprechen. Es ist Sache der Vertragsparteien,

Struktur und Höhe der hausärztlichen Vergütung festzulegen und Leistungen, die über die Standards der hausärztlichen Versorgung nach § 73 hinaus gehen, gesondert zu vergüten.

3. § 75 wird wie folgt geändert:

Hinter Abs. 9 wird folgender Abs. 10 angefügt:

„Soweit die Sicherstellung nach dieser Vorschrift Belange der Vertragsparteien der besonderen Versorgungsformen nach §§ 73 a bis 73 c, 140 a bis 140 d beeinträchtigt, ist das Einvernehmen mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Vertragsärzte, die an den besonderen Versorgungsformen teilnehmen, herzustellen.“

Begründung:

Besondere Versorgungsformen sind Teil der Regelversorgung. Da diese künftig konsequent wettbewerblich ausgelegt sind, vertreten Kassenärztliche Vereinigungen nicht automatisch die Belange der Vertragsparteien dieser neuen Versorgungsformen. Daher ist bei allen Angelegenheiten, die Belange der Vertragsparteien dieser besonderen Versorgungsformen beeinträchtigen, das Einvernehmen mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Vertragsärzte, die an besonderen Versorgungsformen teilnehmen, herzustellen.

4. § 82 wird wie folgt geändert:

Hinter Abs. 3 wird folgender Abs. 4 angefügt:

„Soweit Gesamtverträge nach dieser Vorschrift Vereinbarungen über besondere Versorgungsformen nach §§ 73 a bis 73 c, 140 a bis 140 d beeinträchtigen, ist das Einvernehmen mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Vertragsärzte, die an den besonderen Versorgungsformen teilnehmen, erforderlich.“

Begründung:

Die Änderung entspricht der Änderung des § 75 Abs. 9.

5. § 89 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

Hinter Satz 4 werden folgende Sätze 5 und 6 angefügt:

„Soweit Entscheidungen des Schiedsamts Vereinbarungen über besondere Versorgungsformen nach §§ 73 a bis 73 c, 140 a bis 140 d berühren, sind auf Seiten der Ärzte Vertreter der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Vertragsärzte, die an den besonderen Versorgungsformen teilnehmen, angemessen zu beteiligen. Wird das Schiedsamt in Angelegenheiten angerufen, die ausschließlich Angelegenheiten der besonderen

Versorgungsformen betreffen, sind auf Seiten der Ärzte ausschließlich Vertreter der Spitzenorganisationen nach Satz 5 zu beteiligen.“

Begründung:

Die Änderung betrifft die Besetzung des Schiedsamts. Soweit Belange der Vertragspartner der besonderen Versorgungsformen berührt sind, sind auf Seiten der Ärzte Vertreter der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Vertragsärzte, die an besonderen Versorgungsformen teilnehmen, angemessen zu beteiligen. Sind ausschließlich deren Belange betroffen, repräsentieren auch ausschließlich Vertreter dieser Spitzenorganisationen die Seite der Vertragsärzte.

6. § 90 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Soweit Belange der besonderen Versorgungsformen nach §§ 73 a bis 73 c, 140 a bis 140 d berührt sind, sind auf Seiten der Ärzte Vertreter der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Vertragsärzte, die an den besonderen Versorgungsformen teilnehmen, angemessen zu beteiligen.“

b) Die bisherigen Sätze 2 bis 5 werden die Sätze 3 bis 6.

Begründung:

Die Änderung überträgt die Neuregelung zur Besetzung eines Schiedsamts auf die Landesausschüsse. Auch in den Landesausschüssen sind Vertreter der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Vertragsärzte, die an besonderen Versorgungsformen teilnehmen, angemessen zu beteiligen, soweit Belange der besonderen Versorgungsformen berührt sind.

7. § 91 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, einem von der Kassenärztlichen Vereinigung, einem von den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Vertragsärzte, die an besonderen Versorgungsformen nach §§ 73 a bis 73 c, 140 a bis 140 d teilnehmen, zwei von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und fünf vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern.“

Begründung:

Auch das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses wird der wettbewerblichen Neuordnung der ambulanten Versorgung angepasst. Auf Seiten der Vertragsärzte muss einer der beiden Sitze, die bisher die Kassenärztliche Bundesvereinigung besetzt, an einen von den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Vertragsärzte, die an besonderen Versorgungsformen

teilnehmen, abgegeben werden. Damit wird der zentralen Rolle Rechnung getragen, die der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Ausgestaltung der Versorgung einnimmt.

8. § 135 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

Hinter die Worte „einer Kassenärztlichen Vereinigung“ werden die Worte „einer maßgeblichen Spitzenorganisation der Vertragsärzte, die an besonderen Versorgungsformen teilnehmen“, eingefügt.

Begründung:

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Neubesetzung des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses in § 91 Abs. 2 Satz 1. Das Verfahren zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beim Gemeinsamen Bundesausschuss soll künftig auch durch den Antrag einer maßgeblichen Spitzenorganisation der Vertragsärzte, die an besonderen Versorgungsformen teilnehmen, eingeleitet werden können.

9. § 136 wird wie folgt geändert:

Hinter Abs. 4 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„Die Vertragsparteien der besonderen Versorgungsformen nach §§ 73 a bis 73 c, 140 a bis 140 d können von dieser Vorschrift abweichen, wenn sie in anderer Weise die Mindestanforderungen an die Förderung der Qualität sicherstellen.“

Begründung:

Die Änderung ermöglicht den Vertragsparteien der besonderen Versorgungsformen, eigenständige Vergütungsregelungen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der Versorgung zu treffen, die von Vereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigungen abweichen, soweit sie die Mindestversorgung und die Förderung der Qualität anderweitig gewährleisten.



Ulrich Weigeldt

Vorstandsvorsitzender

des Deutschen Hausärzterverbandes



Joachim Schütz

Justiziar

des Deutschen Hausärzterverbandes