

Information:
Seite 1-7 Kurzfassung
ab Seite 8 Langfassung

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0188(51)
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.
11_VStG
14.10.2011



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Kernforderungen
der KBV zum
Regierungsentwurf für ein GKV-
Versorgungsstrukturgesetz –
(GKV-VStG)

Anlage:
Detaillierter Forderungskatalog

Stand: 14.10.2011

Kernforderungen der KBV zum Regierungsentwurf für ein GKV-VStG

1. Weiterentwicklung der Bedarfsplanung und Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

a. Flexibilisierung der Planungsbereiche

Die durchgängige Flexibilisierung der Planungsbereiche wird begrüßt.

Die KBV fordert zudem:

- *der Gemeinsame Bundesausschuss soll mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt werden, wie die Veränderung der Morbiditätslast der Versicherten und andere versichertenspezifische Faktoren bei der Anpassung der Verhältniszahlen der Planungsbereiche berücksichtigt werden kann.*

b. Sicherstellungsinstrumente

Die neu in den Entwurf aufgenommenen Sicherstellungsinstrumente werden begrüßt.

Die KBV fordert zudem:

- *die Einbeziehung von Krankenhausärzten in die Bedarfsplanung sollte nur entsprechend ihres Zulassungsstatus und Versorgungsumfangs und nur bei der Analyse der Versorgungssituation erfolgen, nicht jedoch bei der Festsetzung des Versorgungsgrades.*
- *der Betrieb von Eigeneinrichtungen durch KVen zu Lasten der Gesamtvergütung sollte nur subsidiär erfolgen und vorrangig der Übernahme von Versorgungsaufträgen in unterversorgten Gebieten durch Vertragsärzte, Ärztenetze oder MVZ dienen.*

c. Definition fachärztlicher Versorgung

Die KBV fordert:

- *neben der Definition des hausärztlichen Versorgungsauftrags in § 73 Abs. 1 SGB V auch den fachärztlichen Versorgungsauftrag in Abs. 1c (neu) zu definieren.*

d. Mitwirkungsrechte der Länder bei der Bedarfsplanung

Die KBV fordert:

- *den Ländern sollte bei der Beteiligung in den Landesausschüssen **keine** Befugnis eingeräumt werden, Entscheidungen mit Finanzwirksamkeit für die Gesamtvergütung zu treffen, wie etwa bei den vorgesehenen Ersatzvornahmen.*
- *das vorgesehene Ersatzvornahmerecht für die zuständige Landesbehörde für die über den Landesausschuss zu treffenden Sicherstellungsmaßnahmen zu streichen.*

e. Delegation ärztlicher Leistungen

Der Auftrag für eine Auflistung delegationsfähiger Leistungen durch die Bundesmantelvertragspartner wird begrüßt.

f. Medizinische Versorgungszentren

Die KBV begrüßt die Modifizierung der Zulassungsregelungen für MVZ zur Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen.

Die KBV fordert ergänzend:

- *die Aufhebung der fachlichen Interdisziplinarität;*
- *hinsichtlich des bisherigen uneingeschränkten Bestandsschutzes bestehender MVZ, dass für solche MVZ nur eine Anpassungszeit gewährt wird;*
- *die Ermöglichung der Rückumwandlung von Stellen für angestellte Ärzte, die von Vertragsärzten nach Verzicht auf die Zulassung eingenommen wurden, in wiederbesetzbare Niederlassungsmöglichkeiten.*

g. Einführung einer einheitlichen Bereitschaftsdienstnummer „116 117“

Die KBV fordert:

- *die Befugnis, in Organisationsrichtlinien Vorgaben zur Umsetzung der bundeseinheitlichen Rufnummer „116 117“ für einen flächendeckenden KV-gestützten Not- und Bereitschaftsdienst machen zu können.*

h. Tätigkeit von niedergelassenen Ärzten in Krankenhäusern

Die KBV fordert:

- *die Befugnis zur vertraglichen Ausgestaltung über Umfang und Inhalt von Kooperationen von Vertragsärzten und Krankenhäusern bei der ambulanten und stationären Versorgung im Krankenhaus allgemein und auch bei den Versorgungsformen nach §§ 115a, 115b, 116b SGB V;*
- *ferner eine rechtliche Absicherung der Zusammenarbeit bei vor- und nachstationärer Versorgung in dem Sinne, dass Vertragsärzte entsprechende Betreuungen entweder im Krankenhaus oder aufgrund eines entsprechenden Auftrages des Krankenhauses auch in der eigenen Praxis ausführen können.*

2. Ambulante spezialärztliche Versorgung

Die KBV lehnt den derzeitigen Entwurf ab, wenn nicht Nachbesserungen zur Herstellung der Wettbewerbsgleichheit zwischen den Versorgungsbereichen erfolgen.

Die KBV fordert:

- *die vorhandenen und bewährten Strukturen in den Kassenärztlichen Vereinigungen für die Vergütung und Abrechnung der Leistungen der spezialärztlichen Versorgung zu nutzen, anstatt die Vergütung und Abrechnung unmittelbar über die Krankenkassen zu organisieren;*
- *die Geltung der im ambulanten Bereich bestehenden Qualifikations- und Qualitätsanforderungen auch im stationären Bereich;*
- *dass die entsprechende Nachweisführung der Qualifikation gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung unter Beteiligung*

der Landeskrankengesellschaft und der Aufsicht der zuständigen Landesbehörde erfolgt;

- verbindliche und präzise gesetzliche Vorgaben für Überweisungsvorbehalt und Kooperationserfordernisse;
- präzise gesetzliche Vorgaben der stufenweisen Einbeziehung zunächst der Leistungen nach § 116b SGB V (Eingrenzung auf seltene Erkrankungen (fünf Erkrankungen pro eine Million Einwohner) und nachgewiesene Versorgungsdefizite), der Leistungen nach § 115 b SGB V sowie der späteren Einbeziehung weiterer Leistungen;
- die perspektivische Überführung der Leistungen der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus (§ 115a SGB V), der Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), der Psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V), der Sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V), der ambulanten Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 119 a SGB V), der ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 119b SGB V), der Behandlung in Praxiskliniken (§ 122 SGB V) **sowie der teil- und kurzstationären Behandlungen bis zu drei Tagen Verweildauer nach § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V in die spezialärztliche Versorgung zum 1. Januar 2015;**
- der GKV-SV, die DKG und die KBV regeln gemeinsam und einheitlich die Erbringung spezialärztlicher Leistungen in Praxiskliniken unter Einschluss stationärer Nachbehandlung in erforderlichen Fällen;
- die Regelung der Ausgestaltung des neuen Versorgungsbereichs der ambulanten spezialärztlichen Versorgung durch dreiseitige Vereinbarungen zwischen KBV, DKG und GKV-Spitzenverband und die Berufung des (um die DKG erweiterten) Erweiterten Bundesschiedsamtes zur Konfliktauflösung;
- lediglich die Definition der Voraussetzungen für Qualifikation und Qualität der Leistungserbringung sollte als Aufgabe bei dem Gemeinsamen Bundesausschuss verbleiben.

3. Arzneimittel- und Heilmittelversorgung

Die KBV fordert zur Steigerung der Qualität der Arzneimittelversorgung eine konzeptionelle Weiterentwicklung, die aus dem zentralen Element des Medikationsmanagements (gemeinsam durch Arzt und Apotheker) besteht und durch einen Medikationskatalog sowie die Wirkstoffverordnung unterstützt wird:

- die Einführung eines gesetzlichen Anspruchs auf ein Medikationsmanagement für chronisch kranke Menschen zur Erfassung und Prüfung der Gesamtmedikation, zur Prüfung auch auf Arzneimittelwechselwirkungen und zur Führung intensiver Beratungsgespräche, um arzneimittelbezogene Probleme zu beheben, die Compliance zu steigern und ggf. die Medikation mehrerer Ärzte zu koordinieren;
- die Einführung eines Medikationskataloges, um eine bundesweit einheitliche, kassenübergreifende, optimale und leitliniengerechte Versorgung sicherstellen zu können.

Hierdurch können die bisherigen Richtgrößenprüfungen nach Kosten- und Preiskriterien entfallen.

- Einführung der Wirkstoffverordnung, mit der künftig Wirkstoff, Stärke, Menge und Darreichungsform verordnet werden zur Erstellung eines Medikationsplans für den Patienten, der künftig nicht mehr in Abhängigkeit von dem abgegebenen Präparat geändert werden muss. Die aut-idem Möglichkeit soll beibehalten werden;
- die Ablösung der Richtgrößenprüfung als Regelprüfart auch für Heilmittelverordnungen;
- die Aufhebung der Kürzungsbefugnisse der Krankenkassen in Bezug auf die Gesamtvergütung zur Aufrechnung von Regressbeträgen.

4. Effizientere Qualitätssicherung durch verbesserte Datenverfügbarkeit

a. Daten-Schnittstellendefinitionen / Zertifizierung PVS / PVS-Software

Die KBV fordert:

- die gesetzliche Ermächtigung, Schnittstellen für die Daten zur Qualitätssicherung, auch sektorübergreifend, zu definieren sowie zur Zertifizierung solcher Praxisverwaltungssysteme als Voraussetzung für die Zulassung;
- die Befugnis, Softwarelösungen für Praxisverwaltungssysteme zu entwickeln und den Vertragsärzten zur Verfügung zu stellen.

b. Datenhaltung, Datenverarbeitung und Datennutzung

Die KBV fordert:

- die Befugnis, Abrechnungs-, Verordnungs- und Qualitätssicherungsdaten aus dem ambulanten und stationären Bereich zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, auch zu Laborleistungen. Diese Befugnisse gelten auch für die KVen für den genannten Aufgabenbereich.

c. Auswertungsaufgaben, Verbesserung der Verordnungsqualität

Die KBV fordert:

- die Befugnis für die Kassenärztlichen Vereinigungen, jeweils eine andere Kassenärztliche Vereinigung beauftragen zu können, die zuvor beschriebenen Auswertungsaufgaben durchzuführen;
- in die Übermittlungspflicht von Arzneimittelverordnungsdaten an die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 300 Abs. 2 Satz 3 SGB V nicht nur die Apothekenrechenzentren, sondern auch Apotheken sowie Rechenzentren und Abrechnungsstellen weiterer Anbieter von Arzneimitteln einzubeziehen;
- die Befugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verknüpfung der Arzneimittelverordnungen nicht nur mit den Behandlungsdiagnosen, sondern auch mit den vertragsärztlichen Leis-

tungen, um die Vertragsärzte wirksam über die Qualität der Arzneimittelverordnungen beraten zu können.

5. Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems

a. Anpassung der Vergütungen an den Versorgungsbedarf

Die KBV fordert:

- dass die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung je Versicherten beginnend mit dem Jahr 2012 in den KVen, die hierbei unterdurchschnittlich liegen, sockelwirksam zumindest auf das bundesdurchschnittliche Niveau des Jahres 2012 angehoben wird. Dabei ist eine Umverteilung zwischen den KVen auszuschießen.

b. Vorgaben für die Honorarverteilung

Die KBV fordert:

- die Befugnis der KBV für verbindliche Vorgaben für die Honorarverteilung **ausschließlich** zu beschränken auf:
 - Trennung des hausärztlichen und des fachärztlichen Vergütungsvolumens,
 - Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs,
 - Vergütung der Richtlinienpsychotherapie;
- die KBV von weiteren verbindlichen Vorgaben für die Honorarverteilung, wie insbesondere die Mengensteuerung, zu entlasten, also die Regionalisierung der Honorarverteilung wieder herzustellen.

c. Zuständigkeit für die Festsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes

Die KBV begrüßt die Herstellung der Honorarverteilungsautonomie der Kassenärztlichen Vereinigungen. Allerdings muss zur Stabilisierung der Verteilungsgerechtigkeit die Zuständigkeit des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung für den Honorarverteilungsmaßstab ausdrücklich geregelt werden.

Die KBV fordert daher:

- der Verteilungsmaßstab wird durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung festgesetzt;
- die Beratungskompetenz der Vertreterversammlung bleibt erhalten, ihre Entscheidungskompetenz gilt insoweit nicht.

d. Abbau des Pauschalierungszwangs im Einheitlichen Bewertungsmaßstab

Die KBV begrüßt die im Entwurf vorgesehenen Ansätze zur Aufhebung des Zwangs zur Pauschalisierung der vertragsärztlichen Vergütung. Allerdings ist die Rückführung des Pauschalierungszwangs zu schwach ausgeprägt, um den beabsichtigten Effekt zur verstärkten Abbildung von Einzelleistungen zu erreichen.

Die KBV fordert daher:

- *im hausärztlichen Versorgungsbereich sollte die „Soll-Vorschrift“ zur Abbildung von Versichertenpauschalen durch eine „Kann-Regelung“ ersetzt werden;*
- *im fachärztlichen Versorgungsbereich soll die Verpflichtung zur Bildung von diagnosebezogenen Grund- und Zusatzpauschalen durch eine „Kann-Regelung“ ersetzt werden.*

e. Vergütung der Leistungen der Richtlinienpsychotherapie außerhalb der MGV

Die KBV fordert:

- *Vertragsärztliche Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit, der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie, probatorische Sitzungen sowie die für die Einleitung und Fortführung einer Psychotherapie notwendigen Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach der Euro-Gebührenordnung zu vergüten.*

gez. Dr. med. Andreas Köhler

Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung



Stand: 14.10.2011

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung
der Versorgungsstrukturen
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)**

Stand: Regierungsentwurf vom 12.08.2011
– BR-Drs. 456/11 // BT-Drs. 17/6906

Kernforderungen sowie weitere Änderungs-
und Ergänzungsvorschläge
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Gliederungsübersicht

- Kernforderungen sowie Änderungs- und Ergänzungsvorschläge der KBV zu ausgestalteten Regelungskomplexen des Regierungsentwurfs
- Weitere Ergänzungsvorschläge der KBV zur Aufnahme im Gesetzgebungsverfahren zum Regierungsentwurf

Inhaltsverzeichnis

I. SICHERSTELLUNG DER AMBULANTEN ÄRZTLICHEN VERSORGUNG	7
Weiterentwicklung der Bedarfsplanung	7
Ausbau der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung	7
Medizinische Versorgungszentren.....	7
Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.....	7
1. Flexibilisierung der Planungsbereiche	7
2. Erweiterung der Möglichkeit zur Erteilung von Sonderbedarfszulassungen	9
3. Stärkung der Einwirkungsmöglichkeiten der Länder unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten [Beanstandungsrecht].....	10
4. Steuerung des Niederlassungsverhaltens [Strukturfonds].....	10
5. Ermächtigung von Krankenhäusern bei lokalem Versorgungsbedarf	11
6. Ergänzung der Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen	11
7. Delegation ärztlicher Leistungen (§ 28 SGB V) / Ausbau der Telemedizin (§ 87 Abs. 2a Satz 3 SGB V)	11
8. Ordnungsrahmen für die Zusammenarbeit von Vertragsärzten und Krankenhäusern	13
9. Definition fachärztlicher Versorgung.....	17
10. Medizinische Versorgungszentren.....	18
11. Not- und Bereitschaftsdienst: Erweiterung der Richtlinienkompetenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung / Einführung einer einheitlichen Bereitschaftsdienstnummer	20
II. AMBULANTE SPEZIALÄRZTLICHE VERSORGUNG	22
Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.....	22
1. Neufassung der Regelung nach § 116b SGB V mit Wirkung ab 01.01.2012 (die nachfolgend dargestellten Änderungen beziehen sich auf die Regelung nach § 116b SGB V i.d.F. des Regierungsentwurfs)	22
2. Anpassung von § 87 Abs. 5a SGB V (i.d.F. des Gesetzentwurfs)	27
3. Aufnahme eines Absatzes 3 in die Regelung nach § 2 BpflV.....	28
4. Aufnahme eines Absatzes 3 in die Regelung nach § 2 KHEntgG	28
5. Begründung zu den oben genannten Änderungsvorschlägen	28
III. ARZNEIMITTEL- UND HEILMITTELVERSORGUNG / RICHTGRÖßEN UND WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG	32
Vereinbarung von vorab anzuerkennenden Praxisbesonderheiten und Ersetzung des Regresses durch eine Beratung bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens von 25 v.H.....	32
Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.....	32
1. Vorbemerkung	32
2. Ziele.....	32

3.	Maßnahmen	33
4.	Formulierungsvorschläge	34
5.	Notwendige Begleitregelungen	41
6.	Medikationsmanagement.....	44
7.	Formulierungsvorschläge zum Medikationsmanagement.....	45
8.	Anpassung einiger Regelungen zu veranlassten Leistungen	52
IV.	EFFIZIENTE QUALITÄTSSICHERUNG DURCH VERBESSERTE DATENVERFÜGBARKEIT	55
	Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Daten-Schnittstellendefinitionen / Zertifizierung PVS / PVS-Software	55
1.	Kassenärztliche Bundesvereinigung als Prüf- und Zertifizierungsstelle.....	55
2.	Softwareentwicklung für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten	56
3.	Richtlinien über die Interoperabilität von IT-Systemen	56
	Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur gesetzlichen Befugnis zur Datenhaltung / Datenverarbeitung / Datennutzung.....	57
1.	Kassenärztliche Bundesvereinigung.....	57
2.	Kassenärztliche Vereinigungen	58
3.	Sonstige Vorgaben	58
	Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Übertragung bei Auswertungsaufgaben.....	59
	Kassenärztliche Vereinigungen.....	59
V.	REFORM DES VERTRAGSÄRZTLICHEN VERGÜTUNGSSYSTEMS	60
	Weiterentwicklung des EBM, Flexibilisierung und Regionalisierung, Rücknahme von zentralen Vorgaben, Honorarverteilungsautonomie für KVen.....	60
	Änderungs- und Ergänzungsvorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.....	60
1.	Anpassung der Vergütungen an den Versorgungsbedarf.....	60
2.	Vorgaben für die Honorarverteilung.....	61
3.	Honorarverteilungsmaßstäbe	61
4.	Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM).....	62
5.	Zuschläge für forderungswürdige Leistungen: Änderung von § 87a Abs. 2 Satz 4 SGB V in der Fassung des Entwurfs	63
6.	Vergütung der Richtlinienpsychotherapie	64
7.	Versichertenbezogene Datengrundlagen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen	65
8.	Belegärztliche Versorgung.....	67
VI.	INNOVATIVE BEHANDLUNGSMETHODEN / QUALITÄTSVERBESSERUNG..	68
	Änderungsvorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	68
1.	Erlaubnisvorbehalt und Verbotsvorbehalt	68
2.	Erprobungsregelungen	69
3.	Erweiterung der Qualitätsanforderungen auf alle Qualitätsdimensionen	70

4.	Erweiterung der Qualitätsanforderungen auf indikationsbezogene Leistungskomplexe (§ 135 Abs. 2 SGB V).....	70
5.	Patientenbeteiligung bei bundesmantelvertraglichen Vereinbarungen über Qualitätsanforderungen	71
VII. WEITERENTWICKLUNG DER STRUKTUREN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES (G-BA) / KOMPETENZ DES G-BA FÜR DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME (DMP)		72
	Änderungsvorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur G-BA-Struktur und -Kompetenz	72
1.	Inkompatibilität	72
2.	Disease-Management-Programme.....	72
3.	Weiterentwicklung der Programmstruktur.....	73
4.	Case-Management bei Disease-Management-Programmen.....	73
VIII. STÄRKUNG WETTBEWERBLICHER HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN DER KRANKENKASSEN		75
	Änderungsvorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu § 11 Abs. 6 – neu – SGB V.....	75
IX. WEITERENTWICKLUNG DER KV-ORGANISATION.....		77
	Regelungen zum Vorstand, Beauftragung von Kassenärztlichen Vereinigungen, Wahlrecht	77
	Änderungs- und Ergänzungsvorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.....	77
1.	§ 77 und § 285 SGB V.....	77
2.	Zu Art. 1 nach Nr. 16 (§ 79 Abs. 6 SGB V) und zu Art. 2 (SGB IV) = § 35a SGB IV.....	79
I. KÜNFTIGE WETTBEWERBLICHE VERSORGUNGSSTRUKTUREN		81
	Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.....	81
1.	Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigung bei Verträgen über integrierte Versorgung	81
2.	§§ 73b, 73c und 140b SGB V – Qualitätssicherung bei ergänzenden Verträgen (Selektivverträge und Integrierte Versorgung)	81
3.	Abrechnungsbefugnis privatrechtlich organisierter Dienstleister von Vertragspartnern der Selektivverträge?	82
II. DEFINITIONSKOMPETENZ DER BUNDESÄRZTEKAMMER IM BEREICH DER STRUKTURQUALITÄT		83
	Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.....	83
1.	Definition von Fachkunden nach § 135 Abs. 2 SGB V	83
2.	Definition von Anforderungen an die Strukturqualität gemäß § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	83

**III. WEITERE VORSCHLÄGE ZU PRÄVENTION / PALLIATIVVERSORGUNG /
FORTBILDUNG / ENTLASSMANAGEMENT / SCHIEDSSTELLE „PKV“ 84**

Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.....	84
1. Neue Organisation der Leistungen der Prävention.....	84
2. Palliativversorgung	85
3. Fortbildung nach § 95d SGB V: Verbindlichkeit des Fortbildungszertifikats der zuständigen Heilberufskammer und Einführung von Ermessensentscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigungen für Sanktionen bei fehlenden Nachweisen der Fortbildung	86
4. Verbesserung des Entlassmanagements nach Krankenhausaufenthalt.....	88
5. Schiedsstelle zur Festsetzung von Vergütungen im Rahmen des Basistarifs der PKV gemäß § 75 Abs. 3c SGB V	89
6. Sonstiges.....	90

**Kernforderungen
sowie Änderungs- und Ergänzungsvorschläge
zu Regelungskomplexen des Gesetzentwurfs**

I. Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Regelungsorte des Entwurfs:

Art. 1 [Änderung SGB V] Nr. 11 = § 71; Nr. 27 = § 90; Nr. 28 = § 90a, Nr. 30 = § 92; Nr. 24 = § 99; Nr. 35 = § 101; Art. 8 [Änderung der Zulassungsordnung für Vertragsärzte] Nr. 1 = § 12; Nr. 2 = § 13; Nr. 3 = § 14, Nr. 8 = § 24; Nr. 12 = § 32b

Ausbau der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung

Regelungsorte des Entwurfs:

Art. 1 Nrn. 4, 14, 15, 22, 23, 24, 32, 36, 37, 42, 43, Art. 8 Nrn. 6, 8, 9, 10

Medizinische Versorgungszentren

Regelungsorte des Entwurfs:

Art. 1 (SGB V) Nr. 31 = § 95 Abs. 1 Sätze 3 und 4, Abs. 1a, Abs. 2 Sätze 6 und 8, Abs. 6 Sätze 3 und 4; Nr. 36 = § 103 Abs. 4b, 4d

Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

1. Flexibilisierung der Planungsbereiche

(§ 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V, § 12 Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV)

a) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung begrüßt und unterstützt grundsätzlich die Flexibilisierung der Planungsbereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung.

b) Morbiditätsadjustierung der Verhältniszahlen

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll mit der Erstellung eines Gutachtens zur Klärung der Frage beauftragt werden, wie eine Morbiditätsadjustierung der Verhältniszahlen bei der Anpassung der Planungsbereiche erfolgen könnte. Dazu schlägt die Kassenärztliche Bundesvereinigung folgende Änderungen und Ergänzungen des § 101 vor:

- In § 101 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bis zum 31. März 2012 ein Gutachten einer unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtung oder eines oder mehrerer Sachverständiger in Auftrag zu geben, welches Grundlagen erarbeitet, wie in die Entwicklung von Zielen und Methodik patientenbezogener Versorgungsplanung auf räumlicher Grundlage ergänzend zu den Maßstäben nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 Morbiditätskriterien einbezogen werden können. Die Ergebnisse des Gutachtens sollen spätestens zum 31. März 2013 vorliegen. Auf der Grundlage des Gutachtens prüft und berät der Gemeinsame Bundesausschuss die Möglichkeit einer Methodik zur Anpassung der Verhältniszahlen nach Absatz 1 Satz 5.“

- c) Einbeziehung von ermächtigten Ärzten in die Berechnung des Versorgungsgrades in den Planungsbereichen (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b und § 101 Abs. 1 Satz 9 SGB V i.d.F. Regierungsentwurf)

Nach diesen Vorschriften soll der Gemeinsame Bundesausschuss Regelungen zur Berücksichtigung der genannten Arztgruppe bei der Bemessung des Versorgungsgrades vorsehen.

Das Problem besteht darin, dass § 101 SGB V unter der Überschrift „Überversorgung“ Regelungen enthält, welche die Voraussetzungen auch für Zulassungsbeschränkungen darstellen. Bei der Anrechnung der ermächtigten Ärzte – auch wenn dies mit dem Spielraum verbunden ist, den die Begründung für die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses eröffnet –, wäre immer die Folge, dass der konkrete Versorgungsgrad durch die Anrechnung von ermächtigten Ärzten, auch wenn es sich teilweise nur im begrenzten Leistungsumfang handelt, zu einer Erhöhung des Versorgungsgrades mit der Folge von Zulassungsbeschränkungen führen kann.

Die Regelung sollte daher darauf beschränkt werden, durchaus den Ist-Zustand bei der Bedarfsplanung hinsichtlich ermächtigter Ärzte und ermächtigter Einrichtungen zu erfassen, jedoch keine Anrechnung auf den Versorgungsgrad mit der Folge der möglichen Überschreitung des Versorgungsgrades als Voraussetzung für die Be-

schlussfassung über Zulassungsbeschränkungen zu ermöglichen. Die Formulierung könnte daher wie folgt lauten:

- „2b. Regelungen, die die Teilnahme ermächtigter Ärzte und ermächtigter Einrichtungen an der vertragsärztlichen Versorgung für die Analyse der Versorgungssituation erkennbar machen,“

Absatz 1 Satz 9 sollte wie folgt umformuliert werden:

„Die Berücksichtigung ermächtigter Ärzte und der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte erfolgt nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nr. 2b; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades bleiben die Ärzte außer Betracht.“

d) Versorgungsebenen

Es ist zu prüfen, ob die spezialärztliche ambulante Versorgung noch den Kriterien der Bedarfsplanung unterliegen muss.

2. Erweiterung der Möglichkeit zur Erteilung von Sonderbedarfszulassungen (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V)

So sehr dieses Instrument potenziell der Flexibilisierung von Versorgungsplanungen vor Ort dient, trägt es gleichzeitig zu einer weitgehenden Heterogenität der Versorgungsplanung in den Kassenärztlichen Vereinigungen bei. Eine solche Erweiterung der Möglichkeit zur Erteilung von Sonderbedarfszulassungen ist allerdings *insbesondere* dann zu begrüßen, wenn damit die Beplanung weiterer Facharztgruppen wie der spezialisierten Internisten entbehrlich wird. Gerade aufgrund der Schaffung des § 116b (neu) SGB V wäre dann von einer weitergehenden Beplanung der spezialisierten Fachärzte Abstand zu nehmen.

3. Stärkung der Einwirkungsmöglichkeiten der Länder unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten [Beanstandungsrecht]

(§ 99 Abs. 1 Satz 5 und 6, Abs. 2 SGB V, § 13 Abs. 3 Satz 2 und 3 Ärzte-ZV)

Den Ländern sollte bei der Beteiligung in den Landesausschüssen keine Befugnis eingeräumt werden, Entscheidungen zu treffen, welche finanzwirksame Bedeutung für die Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung aus der Gesamtvergütung haben (Ersatzvornahmen!); in diesen Fällen muss geregelt werden, dass die Krankenkassen die zusätzlichen Mittel zur Verfügung stellen. Ein Ersatzvornahmerecht für die über den Landesausschuss zu treffenden Entscheidungen für die Sicherstellung durch die zuständige Landesbehörde wird abgelehnt.

4. Steuerung des Niederlassungsverhaltens [Strukturfonds]

(§ 105 Abs. 1a SGB V)

Grundsätzlich wird auch die Bildung eines Strukturfonds bei den Kassenärztlichen Vereinigungen begrüßt, aus denen Fördermaßnahmen für die Niederlassung in unterversorgten oder drohend unterversorgten Gebieten bezahlt werden können. Die Finanzierung dieses Strukturfonds sollte aber ausschließlich durch die Krankenkassen geleistet werden. Gegebenenfalls wäre noch zu überlegen, dass die Kommunen sich ebenfalls finanziell beteiligen, da es sich um eine Infrastrukturmaßnahme handelt, die den Gemeinden entgegenkommt. Dies wäre auch im Hinblick auf die in § 105 Abs. 5 – neu – SGB V vorgesehene Möglichkeit der kommunalen Träger, Eigeneinrichtungen zu betreiben, konsequent. Die vorgesehene Regelung, dass die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in einer KV-Region mit unterversorgten oder drohend unterversorgten Gebieten für die Fördermaßnahmen zu kürzen ist, ist eine widersprüchliche Regelung für bestimmte KV-Bezirke, zumal unterversorgte oder drohend unterversorgte Gebiete in KV-Bezirken existieren, die in Gänze im Vergleich zu anderen KV-Bezirken eher als strukturschwach zu bezeichnen sind. Dadurch dass in Gebieten einer Kassenärztlichen Vereinigung, die nicht an dem Strukturfonds partizipieren sollen, die zur Verfügung stehende Vergütung um den für den Strukturfonds vorgesehenen Anteil gekürzt wird, könnte es zu neuen Problemgebieten in den betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen führen.

5. Ermächtigung von Krankenhäusern bei lokalem Versorgungsbedarf (§ 116a SGB V)

In den Fällen des lokalen Versorgungsbedarfs muss die Ermächtigung auf den Status der persönlichen Ermächtigung der jeweiligen Ärztinnen und Ärzte beschränkt bleiben, da es sich grundsätzlich um einen fachbezogenen Versorgungsbedarf handeln dürfte.

6. Ergänzung der Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen (§ 77 Abs. 3, § 95d, § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V)

Dem Vorschlag wird grundsätzlich zugestimmt. Es ist eine Klarstellung erforderlich, dass diese Maßnahme nur subsidiär erfolgen soll und vorrangig die Übernahme von Versorgungsaufträgen in unterversorgten Gebieten durch Vertragsärzte, Ärztenetze oder MVZ gefördert werden soll.

7. Delegation ärztlicher Leistungen (§ 28 SGB V) / Ausbau der Telemedizin (§ 87 Abs. 2a Satz 3 SGB V)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schlägt dazu folgende konkrete Regelungen vor:
Verträge über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter

- a) Die Partner des Bundesmantelvertrages fördern durch vertragliche Bestimmungen die Möglichkeit der persönlichen Leistungserbringung und Zusammenarbeit von Ärzten untereinander sowie mit geeigneten Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, insbesondere medizinischen Fachangestellten, durch rechtliche Vorgaben für die Delegation der Ausführung ärztlicher Leistungen. Darin ist auch die Nutzung telemedizinischer Verfahren einzubeziehen.
- Ergänzung des § 85 Abs. 2 SGB V nach dem Vorbild sozialpsychiatrischer Versorgung (§ 85 Abs.2 Satz 4 SGB V)

- b)** Einführung einer Richtlinienkompetenz u.a. zur Konkretisierung der Voraussetzungen der persönlichen Leistungserbringung und Delegation, insbesondere bei aufsuchender Tätigkeit bei Hausbesuchen und in Pflegeheimen.
 - Ergänzung in § 75 Abs. 7 SGB V

- c)** Regelung einer Anschubfinanzierung durch ergänzende Vereinbarungen der Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung (ähnlich wie heute für nicht-ärztliche Leistungen im Rahmen der sozialpädiatrischen Versorgung).

- d)** Gesetzliche Klarstellung, dass durch Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner Hilfeleistungen medizinischer Fachangestellter im akzeptierten Rahmen der Delegation als persönliche Leistungserbringung des Vertragsarztes gelten und dass entsprechende Leistungen auch außerhalb des Praxissitzes ohne Anwesenheit des Arztes unter den vereinbarten Voraussetzungen erbracht werden dürfen.

- e)** Vorschläge für Gesetzesformulierungen
 - Ergänzung des § 85 Abs. 2 SGB V

In § 85 Abs. 2 werden folgende Sätze 9, 10, 11, 12 und 13 angefügt:

„Satz 4 gilt entsprechend für Arztunterstützungsleistungen qualifizierten Praxisassistentenpersonals, insbesondere Medizinischer Fachangestellter. Die Bundesmantelvertragspartner bestimmen in einer Rahmenregelung auf der Grundlage fachlicher Standards der ärztlichen Fachgebiete die Voraussetzungen der Delegation ärztlicher Leistungen, insbesondere von Medizinischen Fachangestellten, und die Bedingungen der Qualitätssicherung. Die insoweit bestimmten Leistungen sind Leistungen des Vertragsarztes gemäß § 15 Abs. 1 Satz 2. § 87 Abs. 2b Satz 5 bleibt unberührt. Sie regeln ferner Voraussetzungen und Umfang telemedizinischer Verfahren.“

- Ergänzung des § 75 Abs. 7 SGB V

In § 75 Abs. 7 wird in Nummer 3 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Nummern 4 und 5 angefügt:

- „4. Richtlinien über Leistungen Medizinischer Fachangestellter, welche diese im Rahmen der Delegationsvereinbarung nach § 85 Abs. 2 Satz 9 erbringen können; die Richtlinien sollen auch Leistungen bestimmen, welche zum Zwecke der Arztunterstützung durch qualifizierte Medizinische Fachangestellte in der Praxis und bei Hausbesuchen nach Anordnung des Arztes und im Rahmen ihrer fachlichen Kompetenz erbracht werden dürfen; ebenso sollen die Richtlinien Ausnahmen und entsprechende Kriterien für die Notwendigkeit der persönlichen Anwesenheit des Arztes in den Räumlichkeiten der Praxis oder bei Hausbesuchen bestimmen;
5. Richtlinien zu telemedizinischen Verfahren.“

f) Anmerkung:

Anstelle der Bestimmung telemedizinischer Leistungen durch den Bewertungsausschuss sollte die entsprechende Kompetenz auf die Bundesmantelvertragspartner übertragen werden.

8. Ordnungsrahmen für die Zusammenarbeit von Vertragsärzten und Krankenhäusern

a) Bundesebene:

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband sollen mit Verbindlichkeit für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhäuser einen Ordnungsrahmen für die Zusammenarbeit von Vertragsärzten und Krankenhäusern zur Sicherstellung ärztlicher Versorgung regeln. Der Ordnungsrahmen soll insbesondere Empfehlungen für die vertraglich gestaltete Zusammenarbeit von Vertragsärzten und Krankenhäusern bei der Erbringung ambulanter und stationärer Leistungen enthalten.

b) Tätigkeit von niedergelassenen Ärzten in Krankenhäusern (§§ 115a, 115b, 116b SGB V)

Ausgangslage:

Das deutsche Gesundheitssystem kennt mit dem Belegarzt und Konsiliararzt seit langem Versorgungsformen, die im Interesse der Patienten die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden suchen. Der Gesetzgeber hat die Möglichkeiten zu einer sektorübergreifenden Versorgung immer wieder erweitert, bei-

spielsweise durch Einführung des ambulanten Operierens im Krankenhaus durch die integrierte Versorgung oder jüngst durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, mit dem Ärzten ausdrücklich die Möglichkeit eröffnet ist, parallel an der ambulanten und an der stationären Versorgung von Patienten mitzuwirken.

Problem:

Hinsichtlich der Möglichkeiten und des Umfangs vertraglich gestalteter Zusammenarbeit sind in jüngerer Zeit durch die Rechtsprechung Zweifel aufgekommen, die dahingehend zu interpretieren sind, dass Krankenhäusern die Versorgung der Patienten nur mittels angestellter Ärzte ermöglicht werden kann (vgl. z.B. Urteil des BSG vom 22.03.2011 – Az.: B 6 KA 11/10 R). Dort werden im Zusammenhang mit der Möglichkeit des ambulanten Operierens durch Krankenhäuser nach § 115b SGB V Aussagen getroffen, welche den Schluss nahelegen könnten, dass künftig für jede Leistung, die auch nur nachgeordnete Bedeutung im Kontext der gesamten Behandlungsleistung hat, tatsächlich nur ein Arzt eingesetzt werden darf, der in einem Anstellungsverhältnis steht.

Lösung:

Niedergelassenen Vertragsärzten wird die freiberuflich konsiliarische oder honorarärztliche Tätigkeit in Krankenhäusern aufgrund einer vertraglichen Absprache mit dem Krankenhaus bei ambulanten und stationären Leistungen gestattet. Zugleich sind auch Regelungen zu treffen, die dem Krankenhaus eine entsprechende Versorgungsmöglichkeit einräumen. Dazu sollten gesetzliche Klarstellungen in § 107 SGB V und durch einen neuen § 121b SGB V erfolgen.

aa) In § 107 Abs. 1 Nr. 3 wird nach dem Wort „*leisten*“ folgender Satzteil angefügt:

„Ärzte können aufgrund vertraglicher Regelungen in § 121 und § 121a im Krankenhaus tätig werden,“

bb) Nach § 121a wird folgender § 121b eingefügt:

„ 121b

Kooperationen von Vertragsärzten und Krankenhäusern
bei der ambulanten und stationären Versorgung

Krankenhäuser können mit Vertragsärzten bei der ambulanten und stationären Versorgung vertragliche Absprachen treffen, die es Vertragsärzten erlauben, insbesondere zum Zwecke der konsiliarärztlichen Versorgung eigenverantwortlich tätig zu werden. Dies gilt auch im Rahmen der Versorgungsformen nach §§ 115a, 115b und 116b. Die Absprachen können auch die Möglichkeit einschließen, dass der Vertragsarzt in eine unmittelbare Versorgungsbeziehung zum Versicherten eintritt und dementsprechend auch seine ärztlichen Leistungen unmittelbar vergütet erhält. Für diese Fälle vereinbaren die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages das Nähere über die Vergütung als Einzelleistungen außerhalb als Gesamtvergütung und die Abrechnung über die für den Vertragsarzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung mit der Krankenkasse.“

Anmerkung:

Im vorliegenden Zusammenhang wird auf eine Auflistung der Typologien möglicher Tätigkeiten und eine Definition verzichtet. Neuerdings sind diese Ausübungsformen auch unter dem Begriff des Honorararztes bekannt. Honorarärzte sind nach einer Begriffsbestimmung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in ihrer Schrift „Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland“ „Fachärztinnen und Fachärzte, die in medizinischen Einrichtungen zeitlich befristet und auf Honorarbasis freiberuflich tätig sind“. Diese Begriffsbestimmung trifft insbesondere auf den derzeit überwiegenden Typus des Vertretungsarztes zu. Weitere Typologien sind der Kooperationsarzt, der „Honorar-Belegarzt“ und der Konsiliararzt. Im vorliegenden Zusammenhang wird insbesondere die konsiliarärztliche Tätigkeit betont. Sie basiert auf der Einzelanforderung von Leistungen durch das Krankenhaus: In der Regel zieht ein Krankenhaus den Konsiliararzt zwecks ergänzender Erklärung einer medizinischen Fragestellung hinzu. Er unterstützt seinen ärztlichen Kollegen, indem er ihn nach entsprechender Untersuchung des Patienten berät. Die vorgeschla-

gene Regelung in der vorstehenden neuen Bestimmung des § 121a soll allerdings auch therapeutische Möglichkeiten bis hin zu Operationen einschließen.

- cc)** Eine Klarstellung in § 2 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG), wonach Krankenhausleistungen auch solche Leistungen umfassen, die durch in den Arbeitsablauf des Krankenhauses eingegliedertes Personal, das jedoch nicht beim Krankenhaus angestellt sein muss, ausgeführt werden, ist zu prüfen.
- dd)** Entsprechend der notwendigen Flexibilisierung der Kooperation von Vertragsärzten und Krankenhäusern ist klarzustellen, dass auch für das Krankenhaus in der stationären Versorgung tätige Vertragsärzte gleichberechtigt zu angestellten Ärzten des Krankenhauses Wahlleistungen erbringen und berechnen können. § 17 Abs. 3 Sätze 1 und 2 KHEntG sind dementsprechend wie folgt zu fassen:

„Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten innerhalb des Krankenhauses tätig werdenden Ärzte, soweit diese zur gesonderten Berechnung Ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; darauf ist in der Vereinbarung hinzuweisen. Ein zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechtigter innerhalb des Krankenhauses tätig werdender Arzt kann eine Abrechnungsstelle mit der Abrechnung der Vergütung für die wahlärztlichen Leistungen beauftragen oder die Abrechnung dem Krankenhausträger überlassen.“

- c)** Problematik der Zusammenarbeit bei vor- und nachstationärer Versorgung. Ergänzung des § 115a SGB V:

„Durch einen Rahmenvertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft können mit rechtlicher Verbindlichkeit für die Krankenhäuser die Bedingungen festgelegt werden, unter denen Vertragsärzte bei vor- oder nachstationärer Versorgung entweder im Krankenhaus oder aufgrund eines entsprechen-

den Auftrags des Krankenhauses in ihrer eigenen Praxis tätig werden können. Dabei wird die Vergütung für die entsprechenden ärztlichen Leistungen festgelegt. Es kann gleichermaßen geregelt werden, dass Krankenhausärzte gegebenenfalls in der Praxis des Vertragsarztes an der nachstationären Betreuung mitwirken.“

g) Entwicklungs- und Versorgungsplanung:

Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband regeln im Bundesmantelvertrag einen Entwicklungsplan für die Einrichtung von Notfallambulanzen und Arztstationen unter Einbeziehung von Pflegepersonal in unterversorgten Gebieten.

9. Definition fachärztlicher Versorgung

Ausgangslage und Ziele:

Der hausärztliche Versorgungsauftrag (wie bisher § 73 Abs. 1 SGB V) bleibt erhalten. Der fachärztliche Versorgungsauftrag soll in Absatz 1c (neu) definiert werden.

Lösung:

Der fachärztliche Versorgungsauftrag wird wie folgt definiert (Vorschlag):

- „(1c) Der fachärztliche Versorgungsauftrag umfasst die fachärztliche Grundversorgung. Sie besteht in der patientenunmittelbaren Versorgung in der Diagnostik und Therapie innerhalb des Fachgebietes mit ärztlicher Hilfe im Akutfall und der Betreuung bei fachgebietsbezogenen Krankheiten sowie der Koordination ärztlicher, gegebenenfalls ergänzender Leistungen durch Verordnungen, Veranlassung oder Delegation; in der mittelbaren Patientenversorgung besteht der fachärztliche Versorgungsauftrag in der konsiliarischen Diagnostik oder Auftragsdiagnostik. Die fachärztliche Grundversorgung wird von an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzten erbracht. Der fachärztliche Versorgungsauftrag umfasst auch die spezialisierte fachärztliche Versorgung als fallbezogene Versorgung vorwiegend im Leistungsbereich von Schwerpunkten im Fachgebiet. Sie setzt insoweit voraus, dass der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt eine entsprechende Schwerpunktbezeichnung führt oder eine für eine spezialisierte fachärztliche Versorgung vorgeschriebene Qualifikation nachweisen kann; die spezialisierte fachärztliche Versorgung umfasst darüber hinaus die konsiliarische Diagnostik nicht-

organbezogener oder methodisch definierter Fachgebiete, gegebenenfalls mit spezieller Qualifikation des Arztes. Für den Versorgungsauftrag in der Psychotherapie gilt außerdem § 28 Abs. 3 Satz 1.“

- Ergänzung in § 73 SGB V als neuer Absatz 1c.

Begründung:

Es hat sich als notwendig erwiesen, im Vergleich zum hausärztlichen Versorgungsauftrag auch den fachärztlichen Versorgungsauftrag zu definieren, um strukturelle Erfordernisse unterschiedlicher fachärztlicher Versorgungsaufgaben und -möglichkeiten vor dem Hintergrund des gesetzlichen Sicherstellungsauftrages geeigneter definieren zu können. Damit soll zugleich der Auftrag vorgesehen werden, dass die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages künftig bessere strukturelle Vorgaben für die ambulante ärztliche Versorgung entwickeln können.

10. Medizinische Versorgungszentren

a) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stimmt den Vorschlägen grundsätzlich zu, jedoch sollte kein uneingeschränkter Bestandsschutz, sondern nur eine Anpassungszeit gewährt werden.

b) Im Einzelnen schlägt deshalb die Kassenärztliche Bundesvereinigung noch Folgendes vor:

aa) Neue Binnenstruktur

Es wird folgender Gesetzgebungsvorschlag unterbreitet:

Die Grundvorschrift des § 95 soll durch eine Ergänzung dahingehend konkretisiert werden, dass Trägergesellschaften von Medizinischen Versorgungszentren in der Rechtsform juristischer Personen des Privatrechts bestimmte Voraussetzungen aufweisen müssen, welche den Vorrang der Ärzte als Gesellschafter sichert.

Vorgeschlagen wird folgender Text zu einer Einfügung in § 95 SGB V zu einer Ergänzung des Absatzes 1 Satz 6 2. Halbsatz und zur Ergänzung zu einem neuen Absatz 1a:

- In Absatz 1 Satz 6 wird Halbsatz 2 wie folgt gefasst:

„sie können von den Leistungserbringern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag mit Ausnahme der vertraglich gebundenen Leistungserbringer aus dem Bereich der Heilmittel- und Hilfsmittelversorgung an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden.“

- Es wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Gründer nach Absatz 1 Satz 6, welche nicht Berufsausübungsgemeinschaften von Vertragsärzten in der Rechtsform von Gesellschaften bürgerlichen Rechts oder Partnerschaftsgesellschaften sind, müssen zur Zulassung als Medizinisches Versorgungszentrum eine Trägergesellschaft in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts errichten, die den Anforderungen nach Satz 3 entspricht. Zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung müssen Trägergesellschaften von Medizinischen Versorgungszentren in der Rechtsform juristischer Personen des Privatrechts folgende Voraussetzungen erfüllen:

1. Gesellschafter können nur Ärzte und nach deren Berufsrecht kooperationsfähige Berufsangehörige sein.
2. Sie müssen in der Gesellschaft ärztlich tätig sein.
3. Die Gesellschaft wird verantwortlich von einem Arzt geführt; Geschäftsführer müssen mehrheitlich Ärzte sein.
4. Die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte muss Ärzten zustehen.
5. Dritte dürfen nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sein; dies gilt nicht für Minderheitsgesellschaften nach Satz 4.
6. Gewinnabführungsverträge mit Minderheitsgesellschaftern oder mit Dritten sind unzulässig.
7. Die Finanzierung muss dauerhaft aus eigenen Erträgen sichergestellt sein.

Abweichend von Satz 3 können Gründer aus dem Kreis der vertraglich gebundenen Leistungserbringer (Krankenhäuser, Apotheker), sofern sie nicht nach Satz 2 von diesen Regelungen ausgenommen sind, eine Kapitalbeteiligung von höchstens 49 v. H. halten.“

- bb)** Fachliche Interdisziplinarität
(vgl. § 95 Abs. 1 Sätze 2 bis 4 SGB V)
Die fachliche Interdisziplinarität sollte aufgehoben werden.
- cc)** Medizinische Versorgungszentren: Rückumwandlung von Stellen für angestellte Ärzte, die von Vertragsärzten nach Verzicht auf die Zulassung eingenommen werden, in wiederbesetzbare Niederlassungsmöglichkeiten.
- dd)** Dieselbe Regelung wie zu c) soll auch eingeführt werden für Fälle, in denen Vertragsärzte nach dem Verzicht auf die Zulassung als angestellte Ärzte bei Vertragsärzten beschäftigt waren.

**11. Not- und Bereitschaftsdienst:
Erweiterung der Richtlinienkompetenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung /
Einführung einer einheitlichen Bereitschaftsdienstnummer**

- a)** Die Europäische Kommission hat als einheitliche europäische Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst die „116 117“ bestimmt, woraufhin die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Zuschlag der Bundesnetzagentur für diese Telefonnummer erhalten hat und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die einheitliche Bereitschaftsdienstnummer in Deutschland einrichtet und bereit stellt. Für den weiteren Betrieb ist erforderlich, damit in allen Kassenärztlichen Vereinigungen die gleichen Voraussetzungen gegeben sind, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Möglichkeit erhält, in Organisationsrichtlinien Vorgaben für das Projekt „116 117“ zur flächendeckenden Bereitstellung und Koordinierung eines Not- und Bereitschaftsdienstes machen kann.

Es wird daher vorgeschlagen, in § 75 Abs. 7 folgende Nr. 4 einzufügen:

„4. Richtlinien für die flächendeckende Bereitstellung und Koordinierung eines Not- und Bereitschaftsdienstes aufzustellen“

- b)** Die Einführung der einheitlichen Bereitschaftsdienstnummer ist eine Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung. Da die Finanzierung des Betriebs der Bereitschaftsdienstnummer bislang nicht geklärt ist, wird vorgeschlagen, hierzu eine gesetzliche Regelung aufzunehmen. Die Einführung und der Betrieb dieser Nummer stellen vor allem für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung eine deutliche Vereinfachung und Versorgungsverbesserung dar. Daher dürften auch die Krankenkassen an einer Einführung interessiert sein. Daraus folgt, dass – wie in den anderen gesetzlich vorgesehenen Sachverhalten – eine Finanzierung über die Gesetzliche Krankenversicherung zu erreichen ist.

Um dies umzusetzen, wird § 75 Abs. 1 SGB V wie folgt geändert:

In Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Zur Finanzierung einer einheitlichen Bereitschaftsdienstnummer zahlt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich einen Abschlag je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung; das Nähere regeln die Partner der Bundesmantelverträge“

II. Ambulante spezialärztliche Versorgung

Regelungsorte des Entwurfs:

Art. 1 Nr. 22 = § 87 Abs. 5a; Nr. 44 = § 116b; Nr. 74 = § 295 Abs. 1b und 2a

Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

1. Neufassung der Regelung nach § 116b SGB V mit Wirkung ab 01.01.2012 (die nachfolgend dargestellten Änderungen beziehen sich auf die Regelung nach § 116b SGB V i.d.F. des Regierungsentwurfs)

„§ 116b

Ambulante spezialärztliche Versorgung

(1) ¹Die ambulante spezialärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattung erfordern. ²Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 3 bis 5 insbesondere folgende Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen, bestimmte ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe sowie hochspezialisierte:

1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

- onkologische Erkrankungen
- HIV/AIDS
- schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen
- schwere Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3-4)
- Multiple Sklerose
- Anfallsleiden
- Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie
- Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden
- Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen,

2. seltene Erkrankungen

- Tuberkulose
- Mucoviszidose
- Hämophilie
- Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen
- schwerwiegende immunologische Erkrankungen
- biliäre Zirrhose
- primär sklerosierende Cholangitis
- Morbus Wilson
- Transsexualismus
- Versorgung von Kindern angeborenen Stoffwechselstörungen
- Marfan-Syndrom
- pulmonale Hypertonie
- Kurzdarmsyndrom
- Versorgung von Patienten vor oder nach Lebertransplantation,

3. ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe aus dem Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, soweit die Vertragspartner nach Absatz 3 Satz 1 diese entsprechend den Anforderungen nach Satz 1 und den Maßgaben nach Absatz 5 der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zuordnen, sowie

4. hochspezialisierte Leistungen

- CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
- Brachytherapie.

³Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(2) ¹An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser sind berechtigt, Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach Absatz 1 zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach Absatz 3 bis 5 erfüllen, dies gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereini-

gung unter Beifügung entsprechender Belege beantragen und von dieser eine Zulassung für die jeweilige Leistung erhalten. ²Soweit der Abschluss von Vereinbarungen nach Absatz 3a Satz 1 Nr. 2 zwischen den in Satz 1 genannten Ärzten und Krankenhäusern erforderlich ist, sind diese der zuständigen Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Satz 1 ebenfalls vorzulegen. ³Das Nähere zum Zulassungsverfahren und dessen Fristen regeln die Vertragspartner nach Absatz 3 Satz 1. ⁴Die Kassenärztliche Vereinigung meldet die nach Satz 1 zugelassenen Ärzte und Krankenhäuser unter Angabe des Leistungsbereichs, auf den sich die Zulassung zur spezialärztlichen Versorgung erstreckt, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaft. ⁵Die Aufsicht über das Zulassungsverfahren nach Satz 1 und 3 liegt bei der zuständigen Landesbehörde; die Landeskrankenhausgesellschaft ist daran zu beteiligen.

(3) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach Absatz 1. ²Sie konkretisieren die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 2 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder weiterer von ihnen festzulegender Merkmale und bestimmen den Behandlungsumfang. ³Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialärztliche Leistungserbringung. ⁴Solange solche Vorgaben nicht wirksam sind, vereinbaren die Vertragspartner nach Satz 1 unter zwingender Berücksichtigung der Qualitätsvorgaben nach § 135 Abs. 2 sowie unter Berücksichtigung der einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137. ⁵Erfüllen Ärzte und Krankenhäuser die vereinbarten Anforderungen im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Anforderungen, gelten die vereinbarten Anforderungen für den Zeitraum vom zwei Jahren fort. ⁶Für die Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, bei denen es sich nicht zugleich um seltene Erkrankungen handelt, können sie Empfehlungen als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt abgeben, in welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist.

(3a) ¹Unter der Voraussetzung der Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 2 und Absatz 3 kann ein Krankenhaus spezialärztliche Leistungen erbringen

1. auf Grundlage einer entsprechenden Überweisung eines Vertragsarztes der für die Erbringung der jeweiligen spezialärztlichen Leistungen qualifizierten Arztgruppe (Definitionsaufträge, Indikationsaufträge, Aufträge zur Mit- oder Weiterbehandlung nach § 24

Abs. 7 Nrn. 1, 3 und 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 27 Abs. 7 Nrn. 1, 3 und 4 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV)) und

2. sofern das Krankenhaus einen bestehenden Kooperationsvertrag mit einem oder mehreren Vertragsärzten der für die Erbringung der jeweiligen spezialärztlichen Leistung qualifizierten Arztgruppe bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vorgelegt hat, dessen Gegenstand die gemeinsame Erbringung der spezialärztlichen Behandlung ist und welcher für eine Mindestlaufzeit von zwei Jahren abgeschlossen wurde und
3. sofern das Krankenhaus sicherstellt, dass die Leistungen des Katalogs nach Absatz 1 Satz 2 dauerhaft von entsprechenden Fachärzten erbracht werden.

²Änderungen sind der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

(4) ¹Die Vertragspartner nach Absatz 3 Satz 1 ergänzen den Katalog nach Absatz 1 Satz 2 Nummern 1, 2 und 4 auf Antrag einer Vertragspartei oder der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach § 140f nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 um weitere Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen und seltene Erkrankungen sowie um hochspezialisierte Leistungen. ²Im Übrigen gilt Absatz 3 entsprechend.

(5) ¹Die Vertragspartner nach Absatz 3 Satz 1 benennen und konkretisieren in der Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 1 erstmals bis zum 31. Dezember 2012 ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3. ²Sie haben danach weitere ambulant durchführbare Operationen und stationersetzende Eingriffe aus dem Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 in die ambulante spezialärztliche Versorgung einzubeziehen. ³Für die Regelungen nach Satz 1 und 2 gilt Absatz 3 entsprechend.

(5a) ¹Mit Wirkung zum 1. Januar 2015 werden die Leistungen nach §§ 115a, 117 bis 119b, 122 sowie teil- und kurzstationäre Behandlungen bis zu drei Tagen Verweildauer nach § 39 Abs. 1 Satz 1 in die spezialärztliche Versorgung einbezogen. ²Das Nähere vereinbaren die Vertragspartner nach Absatz 3. ³Absatz 3 Sätze 2 und 3 sowie Absatz 6 gelten entsprechend. ⁴Die Teilnahmevoraussetzungen der Einrichtungen nach §§ 115, 117 bis 119b bleiben unberührt.

(5b) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung regeln gemeinsam und einheitlich die Erbringung spezialärztlicher Leistungen in Praxiskliniken unter Einschluss stationärer Nachbehandlung in erforderlichen Fällen. ²Absatz 6 gilt entsprechend.

(6) ¹Die Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet und über die für den Sitz des leistungserbringenden Vertragsarztes oder Krankenhauses zuständige Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. ²Hierzu vereinbaren die Vertragspartner nach Absatz 3 Satz 1 gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnose- und/oder prozedurenbezogene Gebührenpositionen sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der jeweiligen Richtlinien gemäß Absatz 3 bis 5. ³Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen differenziert nach den an der Leistung beteiligten Arztgruppen. ⁴Bei den seltenen Erkrankungen sollen die Gebührenpositionen für die Diagnostik und die Behandlung getrennt kalkuliert werden. ⁵Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen. ⁶Die Gebührenpositionen sind in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. ⁷Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 3, Absatz 3, 4 und 5 oder nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von 3 Monaten festgesetzt, das hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert wird, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt), und mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder beschließt; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend. ⁸Bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der berechenbaren Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung; dabei ist eine Regelung zur Berücksichtigung der spezifischen Investitionsbedingungen von Krankenhäusern und Vertragsärzten zu vereinbaren. ⁹Soweit dazu Veranlassung besteht, ist bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 über eine Ergänzung der Gebührenpositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 5a zu beschließen. ¹⁰Für die Abrechnung, Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung der Leistungen der spezialärztlichen Versorgung gelten §§ 106, 106a und 295 entsprechend. ¹¹Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens, die erforderlichen Vordrucke sowie die Entrichtung von Verwaltungskostenbeiträgen, wird von den Vertragspartnern nach Absatz 3 Satz 1 vereinbart; Sätze 6 und 7 gelten entsprechend. ¹²Der notwendige Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 ist in den Vereinbarungen nach § 87a um die vertragsärztlichen Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sind.

(6a) ¹Die nach der Rechtsverordnung nach § 140g anerkannten für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter

Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen sind vor dem Abschluss von Vereinbarungen nach Absatz 3 und Absatz 5 in die Beratung der Vertragspartner einzubeziehen; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. ²§ 140f Abs. 5 gilt entsprechend. ³Das Nähere zum Verfahren vereinbaren die Vertragspartner nach Absatz 3 Satz 1.

(7) ¹Die ambulante spezialärztliche Versorgung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 8 und 12 ein, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrags nach Absatz 2 erforderlich sind; § 73 Absatz 2 Nr. 9 gilt entsprechend. ²Die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend. ³Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Absatz 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. ⁴Die Krankenkassen stellen die Vordrucke zur Verfügung. Ärzte und Krankenhäuser nach Absatz 2 erhalten ein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und 4 Satz 2 Nummer 1, dass eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht, und tragen dieses auf die Vordrucke auf. ⁵Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt Absatz 6 Satz 10 entsprechend.

(8) ¹Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum [Tag vor Inkrafttreten des Gesetzes] geltenden Fassung getroffen wurden, gelten bis zu deren Aufhebung durch das Land weiter. ²Das Land hat eine nach Satz 1 getroffene Bestimmung für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 oder 2 oder eine hochspezialisierte Leistung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4, für die die Vertragspartner nach Absatz 3 Satz 1 das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung in der Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 1 geregelt haben, spätestens ein Jahr nach dem Inkrafttreten der entsprechenden Regelung der Vereinbarung aufzuheben. ³Die von zugelassenen Krankenhäusern auf Grund von Bestimmungen nach Satz 1 erbrachten Leistungen werden nach § 116b Absatz 5 in der bis zum [Tag vor Inkrafttreten dieses Gesetzes] geltenden Fassung vergütet.“

2. Anpassung von § 87 Abs. 5a SGB V (i.d.F. des Gesetzentwurfs)

Streichung der Worte „und um jeweils drei weitere Vertreter des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen“.

3. Aufnahme eines Absatzes 3 in die Regelung nach § 2 BPfIV

„(3) ¹Nicht zu den Krankenhausleistungen gehören Leistungen der spezialärztlichen Versorgung nach § 116b, sofern diese als Hauptleistung im Rahmen einer tages- oder teilstationären Behandlung erbracht werden. ²Die stationersetzende Erbringung von Leistungen der spezialärztlichen Versorgung sowie die Erbringung von Leistungen nach § 116b Abs. 5b SGB V ist bei der Vereinbarung des Budgets nach § 12 entsprechend mindernd zu berücksichtigen.“

4. Aufnahme eines Absatzes 3 in die Regelung nach § 2 KHEntgG

„(3) ¹Nicht zu den Krankenhausleistungen gehören Leistungen der spezialärztlichen Versorgung nach § 116b, sofern diese als Hauptleistung im Rahmen einer tages- oder teilstationären Behandlung erbracht werden. ²Die Leistungen der spezialärztlichen Versorgung sind aus dem Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Abs. 1 KHG in Verbindung mit § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 sowie den pauschalierenden Entgelten nach § 17d KHG entsprechend zu bereinigen. ³Die stationersetzende Erbringung von Leistungen der spezialärztlichen Versorgung sowie die Erbringung von Leistungen nach § 116b Abs. 5b SGB V ist bei der Vereinbarung des Erlösbudgets nach § 4 entsprechend mindernd zu berücksichtigen.“

5. Begründung zu den oben genannten Änderungsvorschlägen

Grundsätzlich begrüßt die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Schaffung eines eigenen Bereichs für die spezialärztliche Versorgung, in der eine bessere Verzahnung der Sektoren sowie die Förderung einer sektorenverbindenden Versorgung erfolgen soll.

Dass in einer ersten Stufe dieses Modell auf bestimmte Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen, eine begrenzte Auswahl an ambulant durchführbaren Operationen nach § 115b SGB V sowie hochspezialisierten Leistungen beschränkt ist, kann im Sinne einer Erprobungsphase der Zusammenarbeit der einzelnen Strukturen den Einstieg in das neue System erleichtern. Das vorgegebene Themenspektrum wird zügig erweitert werden müssen, um die spezialärztliche Versorgung auf eine breitere Basis zu stellen. Insbesondere ist die gesetzliche Perspektive zu schaffen, dass abschließend auch die Leistungen nach § 115a SGB V, §§ 117 bis 119b SGB V, praxisklinische Behandlungen nach § 122 SGB V sowie teilstationäre Behandlungen und kurzstationäre Behandlungen bis zu drei Tagen Verweildauer zu gleichen Bedingungen für Ver-

tragsärzte und Krankenhäuser in die Regelung zu einer sektorenverbindenden spezialärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V überführt werden. Zur Erweiterung des Umfangs stationersetzender Behandlungen sollen auch Praxiskliniken in die spezialärztliche Versorgung einschließlich des erforderlichen Umfangs stationärer Versorgung einbezogen werden. Das Nähere regeln die Vertragspartner auf Bundesebene in dreiseitigen Verträgen. Durch die Verweisung auf Absatz 6 ist eine gleichartige Vergütungsregelung einschließlich einer Schiedsregelung gewährleistet.

Kritisch betrachtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung auch und gerade im Hinblick auf die langfristige Entwicklung die Schaffung von Doppelstrukturen im Gemeinsamen Bundesausschuss und Bewertungsausschuss sowie bei Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen.

Aus diesem Grunde sollten die Rahmenvorgaben zur spezialärztlichen Versorgung mit Ausnahme der beim Gemeinsamen Bundesausschuss anzusetzenden Vorgabe entsprechender Qualitätsvoraussetzungen analog zum ambulanten Operieren ausschließlich in die Kompetenz und Verantwortlichkeit der Vertragspartner nach § 115b Abs. 1 Satz 1 SGB V gelegt werden.

Der nach den Planungen des Gesetzentwurfs unter vollständiger Umgehung der Kassenärztlichen Vereinigungen direkt zwischen Krankenkassen und den an der spezialärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten, Gemeinschaftspraxen, MVZ, Praxiskliniken und Krankenhäusern angelegte Weg der Vergütung und Abrechnung wird abgelehnt.

Hierdurch würde nicht nur die Transparenz über das Leistungs- und Abrechnungsgeschehen in der spezialärztlichen Versorgung verloren gehen, sondern auch ein erheblicher bürokratischer Mehraufwand verursacht. Insbesondere wäre der den Ärzten durch die an Stelle der bürokratievermeidenden Gesamtabrechnung des Arztes über die Kassenärztliche Vereinigung tretende separate Abrechnung spezialärztlicher Leistungen durch den Arzt gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse entstehende zusätzliche Aufwand nicht vermittelbar.

Gleichzeitig bestehen im Zusammenhang mit Abrechnungsvoraussetzungen Plausibilitätsprüfungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen bei bestimmten Methoden/Leistungen

Vorgaben und Regelungen zur Mindestzahl durchgeführter Untersuchungen, deren Erfüllung die einzelne Krankenkasse nicht nachvollziehen kann bzw. nur die Kassenärztliche Vereinigung in der Gesamtsicht des Leistungsspektrum des Arztes beurteilen kann.

Insofern schlägt die Kassenärztliche Bundesvereinigung vor, die vorhandenen und bewährten Strukturen in den Kassenärztlichen Vereinigungen in der spezialärztlichen Versorgung weiter zu nutzen.

Auch wenn grundsätzlich das Zusammenwirken verschiedener Leistungsträger bei Diagnostik und Behandlung eines Patienten im Zusammenhang mit der spezialärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V zu begrüßen ist, so muss bei einer modularen Behandlung sichergestellt sein, dass die Aufteilung der Fallpauschalen ohne Probleme erfolgen kann. In der Konsequenz bedeutet das eine verbindliche Ausweisung der Vergütungsanteile der einzelnen Leistungsträger innerhalb diagnosebezogener Fallpauschalen.

Zu der zukünftigen Basis der Vergütung ist richtig, dass der EBM bisher eine prozedurenabhängige Vergütungssystematik darstellt. Betrachtet man die Entwicklung des OPS seit Einführung der DRG, so kann man aber auch hier beobachten, wie die exakte Definition von Prozeduren eine immer wichtigere Rolle einnimmt. Aktuellstes Beispiel hierfür ist die Entwicklung in der Vergütung psychiatrischer Leistungen, die mit einem geringen Pauschalierungsgrad grundsätzlich das vertragsärztliche Prinzip des EBM nachbildet. Insoweit müssen wesentliche Einzelleistungen auch in der künftigen Vergütungssystematik spezialärztlicher Leistungen im notwendigen Umfang separat abgebildet werden.

Die im Gesetzentwurf enthaltene einseitige Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen um die vertragsärztlichen Leistungen, die Bestandteil der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sind, während die stationären Erlösbudgets der Krankenhäuser nicht generell bereinigt werden, wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Einstiegsphase der ambulanten spezialärztlichen Versorgung abgelehnt.

Darüber hinaus ist der optionale Überweisungsvorbehalt und das Kooperationserfordernis zwischen den beteiligten Leistungsträgern gemäß dem Gesetzentwurf in § 116b Abs. 3 SGB V nur sehr unkonkret dargestellt. Für eine Präzisierung des Überweisungsvorbehal-

tes und des Kooperationserfordernisses wird die Aufnahme des unter 1.) genannten Absatzes 3a vorgeschlagen, mit dem zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern eine Chancengleichheit der Teilnahme an der spezialärztlichen Versorgung gewährleistet werden kann.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Besetzung des Erweiterten Bundesschiedsamtes und des ergänzten Bewertungsausschusses sieht die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung problematisch, da die Leistungsträgerseite, die im Wettbewerb zueinander steht, nur insgesamt in gleicher Zahl Vertreter in den Ausschüssen hat, wie die Kostenträgerseite. Hieraus folgt eine ungerechtfertigte Dominanz der Beschlüsse durch die Kostenträger.

Schließlich kann die Kassenärztliche Bundesvereinigung auch das Nachweisverfahren der Qualifikation gegenüber der Landesbehörde nicht akzeptieren. Dies widerspricht dem Grundgedanken eines Regelungsauftrages an die Selbstverwaltung und ist durch die personell hierfür in keiner Weise ausgestatteten Landesbehörden kurzfristig nicht leistbar. Es sollte deshalb ein Nachweisverfahren gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung unter Beteiligung der Landeskrankenhausgesellschaft und Aufsicht der Landesbehörde eingeführt werden.

Im Übrigen ist eine angemessene Patientenbeteiligung sicherzustellen.

6. Auf den auch für § 116b SGB V maßgeblichen Vorschlag in Abschnitt I Nr. 8 (§ 121b SGB V – neu –) wird verwiesen.

III. Arzneimittel- und Heilmittelversorgung / Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfung

Vereinbarung von vorab anzuerkennenden Praxisbesonderheiten und Ersetzung des Regresses durch eine Beratung bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens von 25 v.H.

Regelungsorte des Regierungsentwurfs:

Art. 1 [Änderung SGB V] Nr. 19 = § 84 SGB V, Nr. 38 = § 106 SGB V

Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

1. Vorbemerkung

Die im Regierungsentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen gehen teilweise in die richtige Richtung, stellen aber nicht die aus den letztjährigen Veränderungen der Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln folgenden notwendigen Steuerungs- und Prüfungsmaßnahmen dar.

2. Ziele

Die Ziele in Bezug auf Richtgrößen sowie die Wirtschaftlichkeitsprüfung sind folgende:

- Auf die arzneimittelpreisbezogenen Steuerungsinstrumente des § 84 SGB V (Vereinbarung von Anpassungsfaktoren, Bestimmung der regionalen Ausgabenvolumina sowie der damit verbundenen Regelungen zur Über- und Unterschreitung der vereinbarten Ausgabenvolumina, Festlegung von Richtgrößen) soll verzichtet werden. Stattdessen werden Verordnungsempfehlungen auf Basis eines Medikationskataloges gegeben
- Die vertragliche Ausgestaltung der Arzneimittelvereinbarungen wird vorrangig auf die Vereinbarung von Versorgungszielen bezüglich einer indikationsgerechten Wirkstoffverordnung ausgerichtet.
- Die Auswahl eines Wirkstoffes hat dabei den Kriterien von indikationsgerechtem Einsatz und adäquater Menge zu genügen. Die Vertragsärzte werden in ihrer Ver-

- ordnungsentscheidung durch einen Medikationskatalog unterstützt.
- Diese Übernahme der Verantwortung durch Vertragsärzte trägt auch der Veränderung der Strukturen ärztlicher Behandlung (Zunahme von angestellten Ärztinnen und Ärzten) Rechnung, indem Praxisinhabern ermöglicht wird, die Verantwortung für eine leitlinien- und indikationsgerechte Verordnung besser übernehmen zu können.
 - Die Ablösung der Richtgrößenprüfung als Regelprüfart soll generell erfolgen. Die wirtschaftliche Verantwortung der Vertragsärzte bleibt durch Überprüfung der Versorgungsziele bestehen. Statt finanzieller Sanktionen sollen vorrangig Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in Form von Beratungen und gezielten Fortbildungen ergriffen werden (Eskalationsmodell). Dies führt zu einer Ausrichtung der Tätigkeit der gemeinsamen Prüfungsstellen nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin (Bürokratieabbau).
 - Bei Fortbestehen der Rabattverträge bietet die Wirkstoffverordnung einen Ansatzpunkt für die Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit (Medikationsplan).
 - Zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit, der Therapietreue der Versicherten sowie der Kommunikation zwischen Arzt, Patient und Apotheker soll ein Medikationsmanagement im SGB V verankert werden. Vor dem Hintergrund einer vorrangigen Wirkstoffverordnung soll zudem die Wirkstoffbezeichnung auf der Packung eines Fertigarzneimittels im Vergleich zum Produktnamen des Herstellers deutlich sichtbarer werden.
 - Die Wissenschaftlichkeit und Transparenz von Anwendungsbeobachtungen soll gefördert werden, um gemeinsam mit dem Konzept der Wirkstoffverordnung auch dem Vorwurf der unzulässigen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und pharmazeutischer Industrie wirksam zu begegnen.

3. Maßnahmen

a) Arzneimittel: Zukünftige Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Für die zukünftige Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfung soll gelten:

- Ablösung der Richtgrößenprüfung als Regelprüfart
- Die Auffälligkeitsprüfung erfolgt ausschließlich bezogen auf die Wirkstoffauswahl und die Wirkstoffmenge in bisherigem Umfang

- zur Steuerung der verordneten Wirkstoffmenge: Überprüfung auf Abweichung zum Fachgruppendurchschnitt
- Eskalationsmodell bei festgestellter Unwirtschaftlichkeit
 - vorrangig: Beratung
 - bei wiederholtem Verstoß: Verpflichtung zur Teilnahme an weiteren Fortbildungsmaßnahmen
 - danach: weitere Maßnahmen
- Keine Kürzungsbefugnis der Krankenkassen in Bezug auf die Gesamtvergütung zur Aufrechnung von Regressbeträgen
- Aufschiebende Wirkung einer Klage gegen Entscheidungen des Beschwerdeausschusses

b) Heilmittel: Künftige Regelung

- Die Ablösung der Richtgrößenprüfung als Regelprüfart soll erfolgen. Die wirtschaftliche Verantwortung der Vertragsärzte bleibt durch Überprüfung der Versorgungsziele sowie der Einhaltung des Heilmittelkataloges bestehen (siehe BSG-Urteil vom 29.11.2006).
- Beurteilungskriterien für die Wirtschaftlichkeitsprüfung sind Indikation, Effektivität und Qualität. Weitere Kriterien, insbesondere auch die Festlegung von Praxisbesonderheiten, können die KBV und der GKV-Spitzenverband in den Richtlinien nach § 106 Abs. 2a SGB V festlegen.

4. Formulierungsvorschläge

a) § 84 SGB V

„§ 84

Arzneimittelvereinbarung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenärztliche Vereinigung treffen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln bis zum 30. November für das jeweils fol-

gende Kalenderjahr eine Arzneimittelvereinbarung. Die Vereinbarung umfasst Versorgungsziele und konkrete, auf die Umsetzung dieser Ziele ausgerichtete Maßnahmen, insbesondere Verordnungsanteile für Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen im jeweiligen Anwendungsgebiet, auch zur Verordnung wirtschaftlicher Einzelmengen (Zielvereinbarungen), insbesondere zur Information und Beratung. Kommt eine Vereinbarung bis zum Ablauf der in Satz 1 genannten Frist nicht zustande, gilt die bisherige Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung oder einer Entscheidung durch das Schiedsamt weiter. Die Krankenkasse kann mit Ärzten abweichende oder über die Regelungen nach Satz 2 hinausgehende Vereinbarungen treffen.

(2) Als Grundlage für die Vereinbarungen nach Abs. 1 und Abs. 7 wird ein bundesweit einheitlicher Medikationskatalog als Wirkstoffliste erstellt; der Medikationskatalog soll in den Vereinbarungen nach Abs. 1 und Abs. 7 berücksichtigt werden. Die Aufnahme von Wirkstoffen in den Medikationskatalog erfolgt indikationsbezogen für Arzneimittel insbesondere in der Grundversorgung. Dabei sind die Maßstäbe der evidenzbasierten Medizin, die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und insbesondere die Hinweise nach § 92 Abs. 2 zu berücksichtigen. In den Medikationskatalog werden Verordnungsempfehlungen insbesondere zu Indikationsgebieten mit besonderer Versorgungsrelevanz aufgenommen. Soweit dies zweckmäßig ist, soll eine Empfehlungshierarchisierung der Wirkstoffe in Routine-Wirkstoffe und Reserve-Wirkstoffe erfolgen. Der Medikationskatalog kann auch Hinweise für Verordnungsquoten enthalten. Eine auf die Pharmakotherapie ausgerichtete Einrichtung der Ärzteschaft wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit der Erstellung einer Vorschlagsliste für den Medikationskatalog beauftragt. Sie wird hierbei durch einen Fachausschuss beraten. Der Fachausschuss besteht aus Mitgliedern, die an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung teilnehmen, sowie aus Apothekern. Der Medikationskatalog wird erstmals in den Vereinbarungen nach den Absätzen 1 und 7 für das Jahr 2012 berücksichtigt. Der Medikationskatalog ist in geeigneten Abständen zu aktualisieren. Eine gesonderte Klage gegen den Medikationskatalog ist unzulässig.

(3) Der Medikationskatalog soll den Arzt bei der Auswahl eines zweckmäßigen Wirkstoffes unterstützen. Die Auswahl eines Wirkstoffes aus dem Medikationskatalog hat dabei den Kriterien von indikationsgerechtem Einsatz und adäquater Menge zu genügen. Die Verordnung durch den Arzt erfolgt in der Regel als Wirkstoffverordnung.

(3a) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bzw. die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich regeln das Nähere zur Umsetzung des Medikationskataloges in den Vereinbarungen nach den Absätzen 1 und 7.

(3b) Der Medikationskatalog ist in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Abs. 8 Satz 7 zu hinterlegen. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 82 Abs. 1 zu vereinbaren.

(3c) Vor der Vereinbarung des Medikationskataloges nach Abs. 2 ist Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie den für die Wahrung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer, den betroffenen pharmazeutischen Unternehmern und den mit der Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten Spitzenorganisationen der Apotheker Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(4) Werden die Zielvereinbarungen nach Abs. 1 erfüllt, entrichten die beteiligten Krankenkassen auf Grund einer Regelung der Parteien der Gesamtverträge einen vereinbarten Bonus an die Kassenärztliche Vereinigung.

(4a) Die Vorstände der Krankenkassenverbände sowie der Ersatzkassen, soweit sie Vertragspartei nach Abs. 1 sind, und der Kassenärztlichen Vereinigungen haften für eine ordnungsgemäße Umsetzung der vorgenannten Maßnahmen.

(5) wird aufgehoben

(6) wird aufgehoben

(7) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 30. September für das jeweils folgende Kalenderjahr Rahmenvorgaben für die Inhalte der Arzneimittelvereinbarungen nach Abs. 1 sowie für die Inhalte der Informationen und Hinweise nach § 73 Abs. 8. Die Rahmenvorgaben haben die Arzneimittelverordnungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu vergleichen und zu bewerten; dabei ist auf Unterschiede in der Versorgungsqualität hinzuweisen. Von den Rahmenvorgaben dürfen die Vertragspartner der Arzneimittelvereinbarung nur abweichen, soweit dies durch die regionalen Versorgungsbedingungen begründet ist. Die Vertragspartner nach Satz 1 vereinbaren mit verbindlicher Wirkung für die Vertragspartner nach § 106 Abs. 3 hinsichtlich der nach § 106 Abs. 5a festzusetzenden Maßnahmen der Prüfungsstelle ein Stufenmodell nach Häufigkeit und Umfang der Abweichung von den Versorgungszielen nach Abs. 1 oder vom Medikationskatalog nach Abs. 2. Abweichend von

Satz 4 können die Vertragspartner nach Absatz 1 von diesen Stufen abweichen, soweit dies aus Gründen der Erreichung von Versorgungszielen gerechtfertigt ist.“

(8) wird aufgehoben

(9) wird aufgehoben

b) § 84a SGB V – neu – (Heilmittelvereinbarung)

„§ 84a

Heilmittelvereinbarung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenärztliche Vereinigung treffen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Heilmittel bis zum 30. November für das jeweils folgende Kalenderjahr eine Heilmittelvereinbarung. Die Vereinbarung umfasst Versorgungsziele und konkrete auf die Umsetzung dieser Ziele ausgerichtete Maßnahmen, insbesondere zur Information und Beratung. Kommt eine Vereinbarung bis zum Ablauf der in Satz 1 genannten Frist nicht zustande, gilt die bisherige Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung oder einer Entscheidung durch das Schiedsamt weiter. Die Krankenkasse kann mit Ärzten abweichende oder über die Regelungen nach Satz 2 hinausgehende Vereinbarungen treffen.

(2) Die Grundlage für die Vereinbarungen nach Abs. 1 und Abs. 4 bildet der indikationsbezogene Heilmittelkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Nr. 6, der dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und regelmäßig zu überprüfen und anzupassen ist.

(3) Der Heilmittelkatalog soll den Arzt bei der Auswahl eines zweckmäßigen Heilmittels unterstützen. Die Auswahl des Heilmittels aus dem Heilmittelkatalog hat den Kriterien von indikationsgerechtem Einsatz und adäquater Menge zu genügen.

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 30. September Rahmenvorgaben für die Inhalte der Heilmittelvereinbarungen nach Abs. 1 insbesondere bezüglich des indikationsgerechten Einsatzes des Heilmittelkataloges sowie für die Inhalte der Informationen und Hinweise nach § 73 Abs. 8. Von den Rahmenvorgaben dürfen die Vertragspartner der Heilmittelvereinbarung abweichen, soweit dies durch die regionalen Versorgungsbedingungen begründet ist. Die

Vertragspartner nach Satz 1 vereinbaren mit verbindlicher Wirkung für die Vertragspartner nach § 106 Abs. 3 hinsichtlich der nach § 106 Abs. 5a festzusetzenden Maßnahmen der Prüfungsstellen ein Stufenmodell nach der Häufigkeit und dem Umfang der Abweichung von den Versorgungszielen nach Abs. 1. Hiervon können die Vertragspartner nach Absatz 1 abweichen, soweit dies aus Gründen der Erreichung von Versorgungszielen gerechtfertigt ist.“

c) § 106 SGB V

§ 106 wird wie folgt geändert:

aa) Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

„Arztbezogene Prüfung ärztlicher verordneter Leistungen bezogen auf die Wirkstoffauswahl und die Wirkstoffmenge im jeweiligen Anwendungsgebiet auf Grundlage der Versorgungsziele sowie dem Medikationskatalog nach § 84 (Auffälligkeitsprüfung).“

bb) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

1. Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Die Prüfungen nach Satz 2 Nr. 1 sind für den Zeitraum eines Jahres durchzuführen; kann in begründeten Ausnahmefällen, insbesondere wegen einer zulässigen besonderen Versorgungsweise, eine Prüfung auf Wirkstoffauswahl und Wirkstoffmenge auf Grundlage der Versorgungsziele sowie dem Medikationskatalog nicht durchgeführt werden, erfolgt die Prüfung auf Wirkstoffauswahl und Wirkstoffmenge auf Grundlage des Fachgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben.“

2. Satz 10 wird wie folgt geändert (Ergänzung hervorgehoben):

„Insbesondere sollen bei Prüfungen nach Satz 1 auch Ärzte geprüft werden, deren ärztlich verordnete Leistungen in bestimmten Anwendungsgebieten bei vergleichbarer Praxisstruktur deutlich von der Fachgruppe abweichen sowie insbesondere auch verordnete Leistungen von Ärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 des Arzneimittelgesetzes beteiligt sind.“

cc) Absatz 3b wird aufgehoben.

dd) Absatz 5 wird wie folgt geändert und ergänzt:

1. Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„In Fällen, in denen durch die Veranlassung oder die Verordnung von Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 ausgeschlossen sind, ein Mehraufwand entstanden ist, ist, soweit anstelle einer Beratung oder einer Fortbildungsverpflichtung nach Absatz 5a Satz 1 ein finanzieller Ausgleich vorgesehen ist, von diesem abzusehen, wenn der Arzt nachweist, dass anstelle der geleisteten Maßnahme oder des verordneten Mittels eine gleichwertige medizinisch notwendige Maßnahme, insbesondere ein notwendiges Arzneimittel, geleistet hätte werden müssen.“

2. Die Sätze 3 bis 7 werden Sätze 4 bis 8.

3. Der bisherige Satz 8 wird Satz 9 und wie folgt geändert:

Die Verweisung „Satz 3“ wird in „Satz 4“ geändert.

ee) Absatz 5a

1. Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Prüfungsstelle setzt bei einer Feststellung von Abweichungen von den Versorgungszielen oder dem Medikationskatalog nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 84 Absatz 7 Sätze 4 und 5, soweit diese nicht durch Praxisbesonderheiten gerechtfertigt sind, sowie bei den Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und Absatz 2 Satz 4 sowie in den Fällen, in denen eine Leistung verordnet wurde, die nach dem Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 ausgeschlossen ist, zunächst eine Beratung, bei Folgeverstößen eine Fortbildungsverpflichtung und erst danach eine sonstige Maßnahme fest.“

2. Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden aufgehoben, die bisherigen Sätze 4 bis 6 werden zu den Sätzen 2 bis 4.

3. Der bisherige Satz 7 wird zu Satz 5 und wird wie folgt geändert:

„Die Abweichungen von den Versorgungszielen und vom Medikationskatalog für verordnete Arzneimittel, die durch bestimmte oder in den Vereinbarungen nach § 84 Absatz 8 vorab anerkannten Praxisbesonderheiten bedingt sind, sollen vor der Einleitung eines Prüfungsverfahrens berücksichtigt werden.“

4. Die bisherigen Sätze 8 bis 11 werden zu den Sätzen 6 bis 9.

5. Der bisherige Satz 11 wird zu Satz 9 und wird wie folgt geändert:

„Vorab anerkannte Praxisbesonderheiten nach Satz 8 sind auch im Rahmen von Vereinbarungen nach § 84 Absatz 1 Satz 4 verordneter Arzneimittel, insbesondere für parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten.“

- ff)** Absatz 5c wird wie folgt geändert:

1. Satz 1 erster Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„Soweit nach Absatz 8a Satz 1 unter Berücksichtigung der Maßgabe nach Absatz 5 Satz 3 ein Betrag zum Ausgleich von Mehraufwand festgesetzt werden darf, setzt die Prüfungsstelle diesen Betrag fest;“

2. Die Sätze 3 bis 6 werden aufgehoben.

3. Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Bei erstmaliger Festsetzung eines Ausgleichsbetrages darf dieser nicht mehr als 10.000 EUR für die ersten beiden Jahre eines Ausgleichszeitraumes betragen.“

- gg)** Absatz 5d Satz 4 wird gestrichen.

Ergänzende Begründungen zu Buchstabe dd) = § 106 Abs. 5 Satz 3 – neu – und Buchstabe ee)
= § 106 Abs. 5a Satz 1:

In den Fällen der Verordnung einer von der GKV ausgeschlossenen Leistung entsteht kein sonstiger Schaden, soweit unter Zugrundelegung der hypothetischen Kausalität andernfalls eine GKV-Leistung hätte erbracht oder verordnet werden müssen. Soweit jedoch durch die Verordnung einer nicht verordnungsfähigen Leistung kein finanzieller Schaden entstanden ist, kann der verordnende Leistungserbringer nicht zur Kompensation heran gezogen werden.

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sollte das Morbiditätsrisiko von den Ärzten auf die Krankenkassen verlagert werden (BT-Drucks. 16/3100, S. 119). Im Vergütungsbereich wurde dies durch eine Ablösung der nach Kopfpauschalen bemessenen Gesamtvergütung durch eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung realisiert; demgegenüber belässt der Maßnahmenkatalog der Wirtschaftlichkeitsprüfung die Preisverantwortung bei den Ärzten, indem ausschließlich aufgrund quantitativer Maßstäbe ein Regress angesetzt werden kann, obwohl der einzelne verordnende Arzt wegen der Rabattverträge und der zunehmenden Bedeutung von Selektivverträgen keinen Einblick mehr in die infolge seiner Verordnungen entstehenden Kosten hat. Daher ist es konsequent, den Maßnahmenkatalog der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Auffälligkeits- und Zufälligkeitprüfung sowie der Feststellung des sonstigen Schadens und der Prüfung nach Durchschnittswerten an qualitativen Gesichtspunkten auszurichten. Beratungen als Primär-Maßnahme sowie einschlägige Fortbildungsverpflichtungen gewährleisten die Optimierung des Ordnungsverhaltens in Richtung eines indikationsgerechten Einsatzes und werden zudem der Tragung des Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen gerecht.

5. Notwendige Begleitregelungen

- a) § 10 AMG wird folgendermaßen geändert:

In § 10 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 wird nach den Worten „*Bestandteile nach der Art*“ die Formulierung „*wobei die Angabe des Wirkstoffs in einer deutlich lesbaren Schriftgröße zu erfolgen hat*“ eingefügt.

b) § 67 Abs. 6 AMG wird wie folgt neu gefasst:

„(6) Der pharmazeutische Unternehmer hat Untersuchungen, die dazu bestimmt sind, Erkenntnisse bei der Anwendung zugelassener oder registrierter Arzneimittel zu sammeln, den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie der zuständigen Bundesoberbehörde unverzüglich anzuzeigen. Dabei sind Ort, Zeit, Ziel und Beobachtungsplan der Anwendungsbeobachtung anzugeben sowie gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die beteiligten Ärzte unter Angabe von Praxisanschrift und/oder lebenslanger Arztnummer zu benennen. Ferner ist mitzuteilen, dass die Ärzte über die Verpflichtung informiert worden sind, die an der Anwendungsbeobachtung teilnehmenden Patienten über die Anwendungsbeobachtung aufzuklären und ihre Einwilligung in die Teilnahme einzuholen und zu dokumentieren. Entschädigungen, die an Ärzte für ihre Beteiligung an Untersuchungen nach Satz 1 geleistet werden, sind nach ihrer Art und Höhe so zu bemessen, dass kein Anreiz für eine bevorzugte Verschreibung oder Empfehlung bestimmter Arzneimittel entsteht. Im Beobachtungsplan der Anwendungsbeobachtung ist der Aufwand für die ärztliche Dokumentationsleistung sowie gegebenenfalls weiterer Aufwand darzulegen und die Entschädigung entsprechend zu begründen. Sofern beteiligte Ärzte Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, sind bei Anzeigen nach Satz 1 auch die Art und die Höhe der an sie geleisteten Entschädigungen anzugeben, jeweils eine Ausfertigung der mit ihnen geschlossenen Verträge zu übermitteln sowie der Abschluss einer Anwendungsbeobachtung mit insgesamt beteiligten Ärzten, Patienten und geleisteten Entschädigungen anzuzeigen; hiervon sind Anzeigen gegenüber den zuständigen Bundesoberbehörden ausgenommen. Bei der zuständigen Bundesoberbehörde ist eine öffentlich zugängliche Datenbank anzulegen, in der die Anwendungsbeobachtung mit Beobachtungsplan und -ergebnissen, einschließlich einer wissenschaftlichen Bewertung derselben, erfasst sind. Für Arzneimittel, die zur Anwendung bei Tieren bestimmt sind, sind die Anzeigen nach Satz 1 nur gegenüber der zuständigen Bundesoberbehörde zu erstatten.“

Begründung:

In Bezug auf die Durchführung von Anwendungsbeobachtungen ist eine größere Transparenz erforderlich. Dies betrifft das Meldeverfahren sowie die Bewertung der Qualität der durchgeführten Anwendungsbeobachtung. Zur Verbesserung von Form und Inhalten der Meldungen soll die Meldung der vollständigen Praxisanschrift und/oder der lebenslangen Arztnummer der teilnehmenden Ärzte in elektronisch weiterverarbeitungsfähiger

Form vorgesehen werden. Aufwandsentschädigungen für eine Anwendungsbeobachtung müssen sich an der Zeit für die Dokumentation und dem sonstigen Aufwand des teilnehmenden Arztes orientieren. Zugleich ist der Nachweis der Einwilligung des Patienten in die Anwendungsbeobachtung zu führen. Weiterhin soll der Abschluss einer Anwendungsbeobachtung mit zusammenfassender Angabe insgesamt beteiligter Ärzte, Patienten sowie Honorarvolumen erfasst werden. Durch die Einrichtung einer öffentlich zugänglichen Datenbank bei der zuständigen Bundesoberbehörde mit Zugriffsmöglichkeit auf Beobachtungspläne, Ergebnisse und Bewertungen von Anwendungsbeobachtungen sollen Transparenz und Qualität von Anwendungsbeobachtung erhöht werden.

c) § 73 Abs. 8 SGB V wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird nach „ 84 Abs. 7 Satz 1“ das Wort „*und*“ durch ein Komma ersetzt und es werden nach „§ 84 Abs. 1“ die Worte „*und die der Verhinderung von kassenindividuellen Hinweisen gerecht werden.*“ angefügt.

Begründung:

Einige Krankenkassen haben kassenindividuelle Substitutionshinweise in die Arzneimittelverordnungssoftware einpflegen lassen. Dem Arzt wird im Sinne einer aut-simile-Substitution ein komplett anderer Wirkstoff vorgeschlagen. Ein Widerspruch mit bestehenden regionalen Arzneimittelvereinbarungen, die nach § 84 Abs. 1 SGB V zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossen worden sind, ist hierbei nicht auszuschließen. Ärzte erhalten möglicherweise bei demselben Arzneimittel unterschiedliche Hinweise. Sowohl das BMG als auch das Bundesversicherungsamt vertreten die Auffassung, dass kassenindividuelle Hinweise durch die jetzige Formulierung des § 73 Abs. 8 zulässig wären, sodass es dieser Ergänzung bedarf.

bb) An Satz 8 wird folgender Satz 9 angefügt:

„Die elektronischen Programme nach Satz 7 dürfen keine Werbung enthalten.“

6. Medikationsmanagement

a) Problem

Versicherte mit chronischen Krankheiten nehmen in der Regel eine Vielzahl verschreibungspflichtiger, systemisch wirkender Arzneimittel dauerhaft ein (Polypharmazie). Hinzu kommen häufig noch Arzneimittel im Rahmen der Selbstmedikation. Bei den Patienten selbst handelt es sich darüber hinaus häufig um ältere Menschen, bei denen weitere Risikofaktoren hinzukommen können. Aufgrund dieser Gesamtkonstellation erhöht sich das Risiko für unerwünschte Arzneimittelereignisse sowie für eine mangelnde Therapietreue (Non-Compliance) erheblich. Mittels einer gezielten Erfassung, Prüfung und Koordination der Gesamtmedikation durch Arzt und Apotheker können diese Risiken erheblich reduziert werden (Medikationsmanagement): Durch die Abstimmung zwischen Arzt und Apotheker wird die gesamte Medikation des Patienten erfasst und auf potentielle Risiken überprüft, der Patient erhält einen vollständigen Medikationsplan. Des Weiteren wird die Umsetzung der Arzneimitteltherapie insbesondere bezüglich der Compliance sowie der Arzneimitteltherapiesicherheit durch Arzt und Apotheker kontinuierlich begleitet.

Das Medikationsmanagement reduziert Arzneimittelrisiken und Non-Compliance, wodurch Folgekosten (insbes. in der ambulanten Versorgung, im Krankenhaus und in der Pflege) gesenkt werden können und eine Qualitätsverbesserung in der Arzneimittelversorgung erreicht werden kann.

b) Ziel

Ziele des Gesetzgebungsvorschlags sind:

- die Schaffung eines Anspruchs der Versicherten auf ein Medikationsmanagement durch Ärzte und Apotheker,
- die Reduzierung von Arzneimittelanwendungsrisiken und die Steigerung der Arzneimitteltherapiesicherheit und der Compliance,
- Erschließung von Einsparpotenzialen in der Arzneimittelversorgung.

c) Lösung

- aa)** Einführung eines Anspruchs der Versicherten gegenüber der Krankenkasse auf Beratung und Betreuung bei der Arzneimittelanwendung (Medikationsmanagement) durch Arzt und Apotheker
- bb)** Erweiterung der vertragsärztlichen und apothekerlichen Versorgung um die Leistungen des Medikationsmanagements
- cc)** Abschluss eines Rahmenvertrages über das Medikationsmanagement auf Bundesebene

7. Formulierungsvorschläge zum Medikationsmanagement**Änderung des SGB V**

- a)** Nach § 31 wird folgender § 31a eingefügt:

„§ 31a

Medikationsmanagement

(1) Versicherte, die mindestens fünf systemisch wirkende Arzneimittel dauerhaft einnehmen, haben einen Anspruch auf kontinuierliche Beratung und Betreuung bei der Arzneimittelanwendung (Medikationsmanagement). Das Medikationsmanagement umfasst die persönliche und kontinuierliche Betreuung des Versicherten durch einen Arzt und Apotheker in gemeinsamen Zusammenwirken, insbesondere zur Erfassung, Überprüfung und Änderung der Gesamtmedikation einschließlich der Selbstmedikation, der Erstellung eines Medikationsplans, Beratungsgespräche, die Prüfung und Aufklärung über Arzneimittelrisiken sowie die Koordination der Arzneimittelverordnung. Das Nähere zum Umfang und Inhalt der Leistung nach Satz 2 wird in der Vereinbarung nach § 131a geregelt.

(2) Der Versicherte wählt zur Durchführung des Medikationsmanagements einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt und einen an der Versorgung von Versicherten teilnehmenden Apotheker. An die Wahl des Arztes und des Apothe-

kers ist der Versicherte für die Dauer von mindestens einem Jahr gebunden; er darf den gewählten Arzt oder Apotheker nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln.

(3) Ärzte und Apotheker wirken im Rahmen des Medikationsmanagements zusammen. Hierzu willigt der Versicherte zum Zeitpunkt der Wahl nach Absatz 2 Satz 1 gegenüber dem Arzt und dem Apotheker schriftlich in den Austausch der für die Durchführung des Medikationsmanagements erforderlichen Daten zwischen dem gewählten Arzt und dem gewählten Apotheker ein. Die Einwilligung ist Voraussetzung für den Leistungsanspruch nach Absatz 1.

(4) Bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 erhält der Versicherte von seiner Krankenkasse eine schriftliche Bescheinigung über seine Anspruchsberechtigung, gegen deren Vorlage der nach Absatz 1 Satz 2 gewählte Arzt und Apotheker Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 erbringen. Abweichend hiervon kann ein Arzt oder Apotheker der Krankenkasse mitteilen, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 bei einem Versicherten vorliegen und für den Versicherten die Anspruchsberechtigung geltend machen. Die Krankenkasse kann gegen die Durchführung des Medikationsmanagements innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Mitteilung unter Angabe von Gründen gegenüber dem Versicherten widersprechen; dem Arzt oder dem Apotheker, der den Anspruch für den Versicherten geltend gemacht hat, ist der Widerspruch mitzuteilen.“

b) § 73 wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 Satz 1 Nr. 12 wird nach dem Wort „Soziotherapie“ der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nr. 13 angefügt:

„13. Maßnahmen im Rahmen des Medikationsmanagements nach § 31a.“

In Absatz 2 Satz 2 wird die Zahl „12“ durch die Zahl „13“ ersetzt.

c) § 73 Abs. 8 Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Vertragsärzte dürfen für die Verordnung von Arzneimitteln nur solche elektronischen Programme nutzen, die die Informationen nach den Sätzen 2 und 3 sowie über das

Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 und Angaben zur Arzneimitteltherapiesicherheit einschließlich der Möglichkeit zur Erstellung eines Medikationsplans enthalten und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind.“

d) § 87a Abs. 3 Satz 5 1. u. 2. Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„Vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind von den Krankenkassen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Satz 2 zu vergüten; dasselbe gilt für Leistungen des Medikationsmanagements nach § 31a.“

e) Nach § 131 wird folgender § 131a eingefügt:

„§ 131a

Rahmenvertrag über Medikationsmanagement

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker vereinbaren das Nähere zur Durchführung des Medikationsmanagements nach § 31a. Ein Rahmenvertrag ist erstmalig zum 30.11.2012 abzuschließen.

(2) In der Vereinbarung ist insbesondere zu regeln:

1. die Konkretisierung des Leistungsinhalts nach § 31a Abs. 1,
2. die Vergütung der Ärzte und Apotheker, die die Leistungen nach § 31a Abs. 1 durchführen,
3. die Ausgestaltung der Kommunikation zwischen den Ärzten und den Apothekern zur Durchführung des Medikationsmanagements,
4. die Geltendmachung des Anspruchs für den Versicherten durch den Arzt oder Apotheker und den Widerspruch der Krankenkasse nach § 31a Absatz 4 Sätze 2 und 3,
5. die Form und der Inhalt der Bescheinigung der Anspruchsberechtigung nach § 31a Abs. 4 Satz 1,
6. das Verfahren zur Einwilligung des Versicherten nach § 31a Abs. 3 Satz 2.

(3) Ärzte rechnen die Leistungen nach § 31a im Rahmen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen nach § 295 Abs. 1 gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ab. Die Abrechnung der Apotheken erfolgt unmittelbar gegenüber den Krankenkassen; § 300 Abs. 2 gilt für die Apotheken entsprechend.

(4) Kommt eine Rahmenvereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, haben sich die Partner der Vereinbarung auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen, die den Inhalt der Vereinbarung festlegt. Einigen sich die Partner der Vereinbarung nicht auf eine Schiedsperson, wird diese durch das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt. Eine Klage gegen die Festsetzung der Schiedsperson hat keine aufschiebende Wirkung.

(5) Die Vereinbarung nach Absatz 1 hat Rechtswirkung für Apotheken, wenn sie

1. einem Mitgliedsverband der vertragsschließenden Spitzenorganisationen angehören und die Satzung des Verbandes vorsieht, dass von der Spitzenorganisation abgeschlossene Verträge dieser Art Rechtswirkung für die dem Verband angehörigen Apotheker haben, oder
2. der Vereinbarung nach Absatz 1 beitreten.“

f) Es wird folgender § 131b eingefügt:

§ 131b

Erprobungsregelung zum Medikationsmanagement nach § 31a und § 131a

Für eine Übergangszeit bis 31. Dezember 2014 werden der Leistungsanspruch der Versicherten und die Durchführung des Medikationsmanagements nach §§ 31a, 131a auf der Grundlage der getroffenen Vereinbarungen auf Versicherte mit Wohnort in Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Satz 2 beschränkt, um das Konzept zu erproben und Erfahrungen für eine bundesweite Einführung zu gewinnen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestimmt zu diesem Zweck mehrere Kassenärztliche Vereinigungen, welche für die gesamte Zeit die sich aus § 31a und dem Rahmenvertrag nach § 131a ergebenden Regelungen anwenden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann vorsehen, dass ein entsprechender Erfahrungsbericht über die Jahre 2013 und 2014 erstellt wird. Der Erfahrungsbericht ist dem Bundesministerium für

Gesundheit zuzuleiten.“

e) Begründung:

1. Zu § 31a

Die Vorschrift begründet den Anspruch der Versicherten auf die Leistungen im Rahmen des Medikationsmanagements. Dieses Leistungspaket setzt sich aus unterschiedlichen Leistungskomponenten zusammen, die teilweise sowohl durch Ärzte als auch durch Apotheker, zum Teil ausschließlich von einem der genannten Heilberufe erbracht werden können. Ziele sind hierbei die Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit und der Therapietreue der Patienten. Hierzu erfolgt die Erstellung eines Medikationsplans auf Basis einer vollständigen Erfassung der Gesamtmedikation und ihrer Anwendung nach Prüfung und Bewertung der Daten und gegebenenfalls einer Änderung der Medikation im Wege einer umfassenden Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker sowie eine kontinuierliche Betreuung des Patienten im Rahmen seiner Arzneimitteltherapie durch Arzt und Apotheker in enger Abstimmung.

Diese Ziele lassen sich nur erreichen, indem der Versicherte einen konkreten Arzt und einen Apotheker benennt, die die kontinuierliche Betreuung im Rahmen des Medikationsmanagements übernehmen. Zur Wahrung der Kontinuität sollte der Versicherte mindestens ein Jahr an seine Entscheidung gebunden sein. Die Einwilligung des Versicherten dient den für die gegenseitige Abstimmung zwischen Arzt und Apotheker notwendigen Datenaustausch.

Die Leistung beginnt in der Regel mit einer vollständigen Erfassung der Gesamtmedikation und ihre Anwendung, die sowohl durch den Arzt als auch durch den Apotheker erfolgen kann. Soweit der Versicherte hierzu selbst einen Arzt oder Apotheker aufsucht, informiert dieser die Krankenkasse unter Hinweis darauf, dass die Leistungsvoraussetzungen aufgrund der dauerhaften Einnahme von fünf systemisch wirkenden Arzneimitteln vorliegen. Für den Fall, dass anderweitige Leistungshindernisse bestehen, kann die Krankenkasse der Leistung widersprechen. Daneben besteht die Möglichkeit, dass der Versicher-

te die Leistungsvoraussetzungen vorab mit der Krankenkasse klärt und einen Gutschein erhält, gegen dessen Vorlage bei einem Arzt oder Apotheker die Leistung initiiert wird.

2. Zu § 73

- a) Folgeänderung zu § 31a und Klarstellung, dass die ärztlichen Leistungen im Rahmen des Medikationsmanagements Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind.

- b) Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung vom 26.04.2006 (BGBl. I S. 894) wurde mit dem ergänzten § 73 Abs. 8 SGB V die Praxissoftware, die in der vertragsärztlichen Versorgung zum Einsatz kommt, einem Zertifizierungsvorbehalt unterstellt, um so dem Arzt einen manipulationsfreien Preisvergleich von Arzneimitteln zu ermöglichen und gleichzeitig alle Informationen vorzuhalten, die für die Verordnung in der vertragsärztlichen Versorgung von Bedeutung sind (vgl. BT-Drucks 16/194, S. 9). Wie auch im Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit 2010-2012 des BMG (www.bundesministerium.de/service/publikationen/einzelansicht.htm) vorgesehen, ist es zu einer weiteren Verbesserung der Arzneimittelversorgung der Patienten erforderlich, dass dem Arzt im Rahmen des Verordnungsvorgangs EDV-unterstützt die Erstellung eines Medikationsplanes, der im Rahmen des Medikationsmanagements genutzt werden soll, ermöglicht wird und Informationen zur Arzneimitteltherapiesicherheit zur Verfügung stehen. Hierzu gehören beispielsweise Hinweise auf Wechselwirkungen zwischen verordneten Arzneimitteln oder Hinweise auf Kontraindikationen, die sich aus den klinischen Basisdaten des einzelnen Patienten ergeben können (z. B. Allergien, Nierenfunktionsstörungen, Schwangerschaft). Die Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung hin zur Wirkstoffverordnung als Regelfall und die Aut-idem-Substitution machen es notwendig, dass Angaben zu Besonderheiten hinsichtlich der Freisetzung des Wirkstoffs (z. B. Retardierung) in der Praxissoftware hinterlegt sind. Vor diesem Hintergrund muss auch die elektronische Gesundheitskarte nach § 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB V geeignet sein, Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit zu unterstützen. Diese Funktion der elektronischen Gesund-

heitskarte kann ggf. mit den elektronischen Programmen, die bei der Verordnung von Programmen zum Einsatz kommen, gekoppelt werden.

3. Zu § 87

Die Koordination und Optimierung der Arzneimittelversorgung durch das Medikationsmanagement zielt auf die Steigerung der Compliance der Versicherten und auf die Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelereignissen und die Erschließung von Einsparpotenzialen. Eine Begrenzung des diesbezüglichen Leistungsbedarfs durch die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung würde die Realisierung dieser Zielsetzung gefährden. Eine Vergütung der ärztlichen Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erscheint daher sachgerecht. Dies ist auch aus Gründen der Gleichbehandlung mit den Apothekern geboten.

4. Zu § 131a

Die Leistungen innerhalb des Medikationsmanagements und dessen Organisation sind komplexer Natur und bedürfen daher einer Konkretisierung durch die Selbstverwaltung. Diese erfolgt im Rahmen eines dreiseitigen Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker.

Absatz 2 regelt den Mindestinhalt dieser Vereinbarung. Neben der Konkretisierung des Leistungsinhalts ist die Vergütung der Ärzte und Apotheker Gegenstand dieser Vereinbarung. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bereits die Erfassung und Prüfung der vollständigen Medikation und ihre Anwendung, mit der für den Arzt und den Apotheker mit einem erheblichen Aufwand verbunden sind.

Als Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt die Vergütung durch die Kassenärztliche Vereinigung, soweit die Leistung durch Ärzte erbracht wird. Die Abrechnung erfolgt somit im Rahmen der vertragsärztlichen Abrechnung. Apotheker sind hingegen nicht vertragsärztlich tätig, sodass sie ihre Leistungen regulär gegenüber der Krankenkasse –gegebenenfalls unter Einbeziehung von Apothekenrechen-

zentren – abrechnen.

Für den Fall, dass es zu keinem Abschluss der Rahmenvereinbarung kommt, wird deren Inhalt durch eine Schiedsperson festgelegt. Besteht ein Dissens hinsichtlich der Schiedsperson, wird diese durch das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt.

Da für die Apotheken keine § 81 Abs. 3 Nr. 1 entsprechende Bestimmung existiert, bedarf es zur Verbindlichkeit der Regelungen des Rahmenvertrages einer Vorschrift, der die Rechtswirkung der Mitglieder des Rahmenvertrages auf Seiten der Apotheker begründet.

5. Zu § 131b

Die Neuartigkeit des Konzepts und die bisher nicht erprobte intensive Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern bei der Durchführung eines Medikationsmanagements legen es nahe, zunächst für eine Übergangszeit die Durchführung erprobungshalber auf ausgewählte Bezirke von bis zu drei Kassenärztlichen Vereinigungen (Ost / West / Stadtstaat) zu beschränken.

Wegen der Notwendigkeit der Grundlagenregelung auf Bundesebene und der Beteiligung von Krankenkassen aller Kassenarten und dem damit verbundenen Leistungsanspruch für alle Versicherten kommen Modellvorhaben nach §§ 63, 64 SGB V nicht in Betracht.

8. Anpassung einiger Regelungen zu veranlassten Leistungen

Regelungsorte des Entwurfs: Art. 1 Nr. 5 = § 32; Nr. 6 = § 33; Nr. 7 = § 35c; Nr. 9 = § 40; Nr. 19 = § 84; Nr. 40 = § 111c; Nr. 75 = § 300

§ 300 SGB V

Wenngleich Absatz 1 über die Apotheken hinaus auf weitere Anbieter, die sonstige Leistungen nach § 31 sowie Impfstoffe nach § 20d Abs. 1 und 2 abrechnen, erstreckt wird, bezieht Absatz 2 Satz 3 die Datenübermittlungspflicht an die Kassenärztlichen Vereinigungen

gen weiterhin nur auf die Rechenzentren mit der Folge, dass die übrigen Anbieter, die nunmehr durch Absatz 1 erfasst werden, weiterhin unter dem Verweis darauf, dass sie keine Rechenzentren sind, sich einer Datenlieferung an die Kassenärztlichen Vereinigungen entziehen können. Daher treten erhebliche Abweichungen zwischen den Datenbeständen der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung auf. Auch erlaubt es der fehlende Datenbestand den Kassenärztlichen Vereinigungen teilweise nicht, verlässliche Informationen gemäß § 305a SGB V an die Vertragsärzte zu geben. Es sollte daher unbedingt klargestellt werden, dass sich die Datenlieferungspflicht nach Absatz 2 Satz 3 auch auf die anderen Stellen im Sinne von Absatz 1 erstreckt.

Formulierungsvorschlag:

In § 300 Abs. 2 Satz 3 wird das Wort „*Rechenzentren*“ durch die Worte „*Apotheken, Rechenzentren sowie alle weiteren Stellen nach Absatz 1*“ ersetzt.

Bessere Informations- und Beratungsgrundlagen zur Verordnungsqualität

Um Vertragsärzte anhand der Arzneimittelabrechnungsdaten wirksam über die Qualität der Arzneimittelverordnungen beraten zu können, ist für die meisten Indikationsbereiche eine Verknüpfung der Arzneimittelverordnungen nicht nur mit den Behandlungsdiagnosen, sondern auch mit den vertragsärztlichen Leistungen erforderlich. Die Verordnungsqualität basiert auf medizinischen Behandlungsleitlinien und darin entwickelten Qualitätsindikatoren. In der Regel wird in Leitlinien die Verordnung von Wirkstoffen von Voruntersuchungen abhängig gemacht oder sie ist im Kontext weiterer Behandlungsmaßnahmen zu sehen. Insofern reicht eine Bezugnahme auf Diagnosen allein nicht aus. Nicht alle, aber viele dieser Informationen können aus vertragsärztlichen Abrechnungsdaten herausgelesen werden. Auf Basis der bisherigen Rechtslage können in den Kassenärztlichen Vereinigungen jedoch nur Arzneimittelverordnungsdaten und Diagnoseinformationen aus vertraglichen Abrechnungsdaten zusammengeführt werden, wobei der Versichertenbezug zu pseudonymisieren ist.

Daher muss den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit gegeben werden, die Abrechnungsdaten gemäß §§ 295 und 300 SGB V zum Zwecke der Steuerung der Ver-

ordnungsqualität zusammenzuführen, wobei der Versichertenbezug durch eine unabhängige Stelle zu pseudonymisieren ist.

Formulierungsvorschlag:

- (1) In § 84 Abs. 2 Nr. 5 SGB V wird das Wort „*innovativer*“ durch die Worte „*zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung*“ ersetzt.
- (2) An § 300 Abs. 2 Satz 6 SGB V wird folgender Satz 7 angefügt:

„Zur Analyse des Verordnungsgeschehens und zur Beratung der Vertragsärzte über die Qualität der Arzneimittelverordnungen gemäß § 305a SGB V dürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnungsdaten gemäß § 295 nach Pseudonymisierung des Versichertenbezuges mit den Arzneimittelabrechnungsdaten nach Satz 3 zusammenführen.“
- (3) In § 305a SGB V werden in Satz 1 vor dem Wort „*Wirtschaftlichkeit*“ die Worte „*Qualität und*“ eingefügt.

IV. Effiziente Qualitätssicherung durch verbesserte Datenverfügbarkeit

Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Datenschnittstellendefinitionen / Zertifizierung PVS / PVS-Software

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung als Prüf- und Zertifizierungsstelle

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird mit einer umfassenden Zertifizierungskompetenz hinsichtlich Praxisverwaltungssysteme ausgestattet.

Es wird ein § 77b SGB V eingefügt:

„(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung prüft und zertifiziert die in den Arztpraxen eingesetzten Systeme zum Erheben, Verarbeiten und Nutzen personenbezogener Patientendaten.

(2) Prüfkriterien hierbei sind insbesondere:

1. Einhaltung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Sinne von § 295 Abs. 4 und 5 [Abs. 5 – neu – KBV-Vorschlag, vgl. S. 52]
2. Arbeitsweise der Systeme bei Veranlassungen von Leistungen
3. Arbeitsweise der Systeme bei Verordnungen
4. Arbeitsweise der Systeme bei der Arzneimitteltherapiesicherheit
5. Arbeitsweise der Systeme bei der Erstellung von Diagnosen
6. Arbeitsweise der Systeme bei der elektronischen Dokumentation
7. Aspekte des Datenschutzes und der Datensicherheit

(3) Werden die Prüfkriterien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch ein System nicht erfüllt, so kann der Einsatz dieses Systems den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung untersagt werden.

(4) Das Nähere regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Für die Zertifizierung darf die Kassenärztliche Bundesvereinigung aufwandsangemessene Gebühren erheben.“

2. Softwareentwicklung für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten

Grundsätzlich wird es den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Kassenärztliche Bundesvereinigung gestattet, Software für Vertragsärzte und -psychotherapeuten zu entwickeln und kostenlos abzugeben. Dies erleichtert die Aufgaben der Vertragsärzte und die Kompatibilität mit den Systemen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Es wird folgender § 77c eingefügt:

„§ 77c

Software-Entwicklung für Vertragsärzte

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen können Software für die Ausführung der mit der vertragsärztlichen Versorgung verbundenen Verfahren, insbesondere Dokumentations-, Qualitätssicherungs- und Abrechnungsverfahren, entwickeln und den Vertragsärzten zur Verfügung stellen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung regelt, in welchen Fällen die Software verbindlich einzusetzen ist.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen oder in deren Auftrag die Kassenärztliche Bundesvereinigung können zur Durchführung belegloser Arzt-Arzt-Kommunikation Datenverarbeitungseinrichtungen (Server) betreiben.“

3. Richtlinien über die Interoperabilität von IT-Systemen

Insgesamt sind hier zwei Punkte zu nennen:

- a) Die Praxisverwaltungssysteme müssen zukünftig zwingend mit Software von Drittherstellern kommunizieren. Dies bezieht sich nicht nur auf Abrechnungsinhalte, sondern auch und vor allem auf medizinische Inhalte, die zwischen Praxisverwaltungssystem und anderen Software-Systemen ausgetauscht werden sollen. Durch eine – an die Abrechnungsgenehmigung gekoppelte – Zertifizierung der Hersteller auf Interoperabilität auch hinsichtlich des Datenaustausches wird einerseits eine Öffnung des Marktes erreicht und es werden andererseits die Investitionen der Arztpraxis geschützt (ein Wechsel von einem auf ein anderes Praxisverwaltungssystem wird ermöglicht).

- b) Die Telematik-Infrastruktur endet aus Sicht der Gesellschaft für Telematik nach § 291 b SGB V beim Konnektor. Die Ende–Ende – Sicherstellung der aufzubauenden Gesundheitstelematik muss allerdings auch hinsichtlich der Interoperabilität und Kompatibilität der Primärsysteme geregelt sein. Es handelt sich nicht um eine von der Gesellschaft für Gesundheitstelematik delegierbare Aufgabe, da die bisherigen gesetzlichen Regelungen die Primärsysteme nicht umfassen.

Lösung:

An § 295 SGB V wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren verbindliche Vorgaben zur Interoperabilität und Kompatibilität der von den Vertragsärzten eingesetzten Praxisverwaltungssysteme zu sonstigen EDV-Systemen zum Speichern und Verarbeiten von medizinischen Daten und Abrechnungsdaten. Dasselbe gilt für Schnittstellen für Daten zur Qualitätssicherung, auch sektorübergreifend. Das Nähere regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung.“

Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur gesetzlichen Befugnis zur Datenhaltung / Datenverarbeitung / Datennutzung

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung

- a) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird gesetzlich befugt, Abrechnungs-, Verordnungs- und Qualitätssicherungsdaten aus dem ambulanten und stationären Bereich zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, auf pseudonymisierter Basis hinsichtlich der Arzt- und Patientenebene. Die Daten aus den unterschiedlichen Datenquellen dürfen auf pseudonymisierter Basis miteinander verknüpft werden.
- b) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird gesetzlich befugt, bei Überweisungsaufträgen, Zielaufträgen und Beauftragungen von Laborleistungen Auftragsdaten sowie zugehörige Befund- und Abrechnungsdaten pseudonymisiert auf Arzt- und Patienten-

ebene zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Diese Daten dürfen mit den Daten zu a) verknüpft werden.

2. Kassenärztliche Vereinigungen

a) Daten der Qualitätssicherung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden befugt, zum Zwecke der Qualitätssicherung personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Sie sind verpflichtet, diese Daten sektorspezifisch für Zwecke der Förderung der Qualität arzt- und versichertenbezogen auszuwerten.

b) Laborleistungen

Zur wirtschaftlichen Steuerung im Rahmen der Beauftragung und Erbringung von Laborleistungen ist es erforderlich, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Auftrags- und Befunddaten erheben, speichern und nutzen dürfen.

c) Qualitätszuschläge

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden befugt, bei Einführung von Qualitätszuschlägen bzw. entsprechenden Vereinbarungen darüber Daten über patientenbezogene Befunde zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung beschließt dazu entsprechende Richtlinien

3. Sonstige Vorgaben

a) Behandlungsdokumentation

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung beschließt in Richtlinien Vorgaben für strukturierte Behandlungsdokumentationen. Die Nutzung ist freiwillig.¹

Die Behandlungsdokumentation ersetzt nicht die sogenannten „Kodier-Richtlinien“. Sie stellt eine optionale Empfehlung zur Vereinfachung der Verpflichtung der Vertragsärzte dar, in den gesetzlich vorgesehenen Fällen Befunde vorzulegen.

- b) Vermeidung von Seiteneffekten bezüglich der Datennutzungsbefugnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen hinsichtlich der Regelungen zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung

Es muss vermieden werden, dass die Regelungen zur Datennutzung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung, in Konflikt geraten mit der Regelungskompetenz des § 299 SGB V. Es bedarf daher einer entsprechenden Klarstellung in § 299 SGB V, die (in einem neuen Absatz 4) unter anderem vorsieht, dass die Befugnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Datennutzung unberührt bleiben und die Auswertung der aus der Qualitätssicherung übermittelten Daten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Zwecke der Förderung der Qualität der Versorgung gestattet ist.

- c) Weitere Datenerhebungen: Forschungsvorhaben

Zur Durchführung von Zeitreihenuntersuchungen mit dem Ziel der Gewinnung epidemiologischer Erkenntnisse ist es erforderlich, dass ein Patientenbezug in pseudonymisierter Form bei den vorliegenden Datenbeständen, die für Forschungsvorhaben mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde genutzt werden dürfen, erhalten bleibt.

- Ergänzung in § 287 SGB V

Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Übertragung bei Auswertungsaufgaben

Kassenärztliche Vereinigungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können jeweils eine andere Kassenärztliche Vereinigung beauftragen, die zuvor beschriebenen Auswertungsaufgaben durchzuführen. In diesen Fällen dürfen die entsprechenden Daten der auswertenden Kassenärztlichen Vereinigung übermittelt werden.

V. Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems

Weiterentwicklung des EBM, Flexibilisierung und Regionalisierung, Rücknahme von zentralen Vorgaben, Honorarverteilungsautonomie für KVen

Regelungsorte des Entwurfs:

Art. 1 Nr. 22 = § 87 Abs. 2a bis 2g, Abs. 3a, Abs. 3b, Abs. 7 bis 9; Art 1 Nr. 23 = § 87a Abs. 1 bis 6 SGB V; Art. 1 Nr. 24 = § 87b SGB V; Art. 1 Nr. 25 = § 87c SGB V; Art. 1 Nr. 26 = § 87d; Art. 1 Nr. 50 = § 136 Abs. 4 SGB V; Art. 1 Nr. 69 = § 264 Abs. 6 SGB V; Art. 1 Nr. 72 = § 284 Abs. 1 SGB V; Art. 1 Nr. 74 = § 295 Abs. 3 Satz 2 SGB V

Änderungs- und Ergänzungsvorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

1. Anpassung der Vergütungen an den Versorgungsbedarf

Zur Weiterentwicklung der regionalen Gesamtvergütungen ist die Angleichung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen in der Weise zu gewährleisten, dass in denjenigen KV-Bezirken, in denen die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten unterdurchschnittlich ist, diese sockelwirksam auf das bundesdurchschnittliche Niveau des Jahres 2012 angehoben wird. Die Finanzierung dieser Maßnahme ist nicht zu Lasten der übrigen KV-Bezirke durchzuführen.

Es wird folgende Ergänzung in § 87d Abs. 2 SGB V vorgeschlagen:

„Zusätzlich ist der Behandlungsbedarf je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Jahr 2012 zu erhöhen, soweit der Behandlungsbedarf je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, der sich aus Satz 8 ergibt, unter dem durchschnittlichen Behandlungsbedarf je Versicherten aller Versicherten im Bundesgebiet liegt. Der durchschnittliche Behandlungsbedarf je Versicherten aller Versicherten, der sich gemäß Satz 8 ergibt, wird vom Bewertungsausschuss festgestellt.“

2. Vorgaben für die Honorarverteilung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert:

- die Befugnis der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für verbindliche Vorgaben für die Honorarverteilung ausschließlich zu beschränken auf:
 - Trennung des hausärztlichen und des fachärztlichen Vergütungsvolumens,
 - Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs;
 - Vergütung der Richtlinienpsychotherapie;
- die Kassenärztliche Bundesvereinigung von weiteren verbindlichen Vorgaben für die Honorarverteilung, wie insbesondere die Mengensteuerung, zu entlasten, also die Regionalisierung der Honorarverteilung wieder herzustellen.

Folgerung:

- a) Anpassung des § 87b Abs. 4 SGB V i.d.F. des Entwurfs.
- b) Rechtlich-instrumentell sollte die „Vorgaben“-Kompetenz als Richtlinienkompetenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausgestaltet werden.
- c) Formulierungsvorschlag für § 87b Abs. 4:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat durch Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 in diesen Richtlinien Vorgaben zu Verfahren der Bereinigung des Behandlungsbedarfs und zur Vergütung der in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelten antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie.“

3. Honorarverteilungsmaßstäbe

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung begrüßt die Regionalisierung der Honorarverteilungsautonomie der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere auch, dass der Honorarverteilungsmaßstab nicht wie früher als Honorarverteilungsvertrag ausgestaltet ist, son-

dern von der Kassenärztlichen Vereinigung „im Benehmen“ mit den Krankenkassen festzusetzen ist. Der Gesetzesvorschlag in § 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V spricht davon, dass die „Kassenärztliche Vereinigung bei der Verteilung der Gesamtvergütungen den Verteilungsmaßstab anwendet, der im Benehmen ... festgesetzt worden ist“. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hält eine Klarstellung über die Zuständigkeit zur Festsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes im Interesse einer Stabilisierung der Ausgewogenheit der Verteilungsgerechtigkeit für notwendig. Es wird daher vorgeschlagen, dass die Zuständigkeit für die Festsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes ausdrücklich dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung zugewiesen wird, wobei das Benehmen mit der Vertreterversammlung herzustellen ist.

Es wird deshalb vorgeschlagen in § 87b Abs. 2 vor dem im Regierungsentwurf vorgeschlagenen Text folgende Sätze einzufügen:

„Den Honorarverteilungsmaßstab nach Absatz 1 setzt der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung fest. Die Vertreterversammlung ist zur Beratung hinzuziehen; § 79 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 findet keine Anwendung.“

4. Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)

- a) Die Rückführung des Grads der Pauschalierung im hausärztlichen Versorgungsbereich durch Wegfall der Verpflichtung zur Bildung von Versichertenpauschalen mit dem Ziel der Stärkung förderungswürdiger Einzelleistungen wird grundsätzlich begrüßt (§ 87 Abs. 2b SGB V). Allerdings ist dieser Schritt nicht ausreichend, um die in der Gesetzesbegründung vorgesehene Stärkung der besonders förderungswürdigen Leistungen zu erreichen. Mit der „Soll“-Regelung bleibt die Versichertenpauschale im Grundsatz bestehen; die Einführung von Einzelleistungen ist damit nur als Ausnahme vorgesehen. Im Widerspruch hierzu steht die Verpflichtung zur Einführung von Einzelleistungen in den gesetzlich bestimmten Fällen.

Um diesen Widerspruch aufzulösen, wird vorgeschlagen, in § 87 Abs. 2b SGB V die Wörter *„sollen als Versichertenpauschalen abgebildet werden“* durch die Wörter *„können als Versichertenpauschale abgebildet werden“* zu ersetzen.

Im fachärztlichen Versorgungsbereich ist eine entsprechende Regelung bislang nicht vorgesehen. Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs sind als Grund- und Zusatzpauschale abzubilden; Einzelleistungen können vorgesehen werden. Um eine weitgehende Gleichbehandlung hinsichtlich des Pauschalisierungsgrades in der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung zu erreichen, ist es notwendig, in § 87 Abs. 2c SGB V ebenfalls den Grad der Pauschalierung zurückzuführen und die Verpflichtung zur Bildung von Grund- und Zusatzpauschalen für die fachärztliche Versorgungsebene in eine „Kann“-Regelung zu ändern. Darüber hinaus sollte die Einführung von Einzelleistungen verpflichtend vorgegeben werden. Der vorgesehene Wegfall der Verpflichtung zur Bildung fachärztlicher Fallpauschalen bei der Behandlung von Versicherungsträgern, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden ist, wird als Schritt in die richtige Richtung begrüßt.

- b) Darüber hinaus sollte eine gesetzliche Regelung aufgenommen werden, die es ermöglicht, dass im EBM die Berücksichtigung der unterschiedlichen Behandlungsnotwendigkeiten bei dem behandelnden Arzt bereits bekannter und neuer Patienten, abgebildet wird. Gerade bei der erstmaligen Behandlung bislang unbekannter Patienten ist der Behandlungsaufwand deutlich höher als bei bereits bekannten oder sich in einer dauerhaften Behandlung befindenden Patienten. Dieser Mehraufwand sollte adäquat im EBM abgebildet werden können.

5. Zuschläge für forderungswürdige Leistungen: Änderung von § 87a Abs. 2 Satz 4 SGB V in der Fassung des Entwurfs

„Darüber hinaus können auf Grundlage von durch den Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere auch in Planungsbereichen, für die Feststellungen nach § 100 Abs. 1 und 3 getroffen wurden, Zuschläge auf den Orientierungswert gemäß § 87 Abs. 2e für besonders forderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen für besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart werden.“

Begründung:

Die Entwurfsformulierung erschwert die Vereinbarung der Zuschläge für besonders forderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungs-

trägern außerhalb von unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen. Dies ist insbesondere für die in der Begründung zu dieser Regelung hervorgehobene Eröffnung der Vereinbarung von definierten Versorgungszielen zur Verbesserung der Qualität kontraproduktiv. Damit die aus der Vereinbarung solcher Zuschläge resultierenden Verbesserungen der Versorgung auch den in nicht unterversorgten oder von Unterversorgung betroffenen Planungsbereichen wohnhaften Versicherten zugute kommen, sollte die Formulierung – wie oben vorgeschlagen – geändert werden.

6. Vergütung der Richtlinienpsychotherapie

a) Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen

Es wird vorgeschlagen, § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V folgendermaßen zu ergänzen (Ergänzung unterstrichen):

„Vertragsärztliche Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit, der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie, probatorische Sitzungen sowie die für die Einleitung und Fortführung einer Psychotherapie notwendigen Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind von den Krankenkassen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 zu vergüten;“

b) Flexibilität der Praxisstrukturen

In § 87b Abs. 2 SGB V wird Satz 3 nach „gewährleisten“ folgendermaßen ergänzt:

„; dabei ist sicherzustellen, dass die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen und die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen der in § 87 Abs. 2c Satz 6 (neu) genannten Arztgruppen innerhalb einer zeitbezogenen Kapazitätsgrenze ohne Abstufung mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergütet sind.“

c) Angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen je Zeiteinheit

Es wird folgende Weiterentwicklung und Konkretisierung der Regelungen zur Feststellung der Angemessenheit der Vergütung pro Zeiteinheit für psychotherapeutische Leis-

tungen vorgeschlagen:

In § 87 Abs. 2c SGB V wird Satz 6 folgendermaßen geändert:

„Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen je Zeiteinheit haben zu gewährleisten, dass ein voll umfänglich tätiger Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie ein ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt nach Abzug der Kosten für die wirtschaftliche Praxisführung mindestens den gleichen Ertrag erzielt, wie ein ansonsten im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß § 73 Abs. 1 tätiger Vertragsarzt. Hierzu beschließt der Bewertungsausschuss jährlich bis zum 31. August, erstmalig zum 31. August 2012.“

7. Versichertenbezogene Datengrundlagen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen

- a) Die mit dem Entwurf des GKV-VSG erfolgte Neufassung der Regelung nach § 87a Abs. 6 SGB V ersetzt die bisherige Datenübermittlung zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zum Zwecke der Weiterentwicklung der Gesamtvergütungen "aus Gründen der Datenvermeidung und Datensparsamkeit" durch eine Regelung, welche davon ausgeht, dass versichertenbezogene Daten auf Landesebene für die Zwecke der Vereinbarungen zur Weiterentwicklung der Gesamtvergütungen nach § 87a Sätze 2 bis 4 SGB V künftig nicht mehr benötigt werden. Stattdessen soll das Institut des Bewertungsausschusses nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses die erforderlichen regionalen Datengrundlagen bei den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen erheben und den regionalen Vertragspartnern die für deren Aufgaben benötigten Daten "in entsprechender Aufbereitung" rechtzeitig (zurück) übermitteln. Die Neufassung der Regelung würde bedeuten, dass die regionalen Vertragsparteien nicht mehr dazu in der Lage sind, die Richtigkeit der ihre Vereinbarungen zur Weiterentwicklung der Gesamtvergütungen begründenden Daten zu überprüfen. Insbesondere die nicht vertragsgemäße Inanspruchnahme kollektivvertraglicher vertragsärztlicher Leistungen durch in Versorgungsverträge nach §§ 73b, 73c und 140d SGB V eingeschriebene Versicherte wäre so nicht mehr zu identifizieren.

Fazit:

Aus diesem Grunde muss die aktuell geltende Regelung nach § 87a Abs. 6 SGB V i.V.m. der in der Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Referentenentwurf zum GKV-VSG vorgeschlagenen Änderung wieder hergestellt werden.

b) Ergänzend ist in § 87a Abs. 6 Folgendes zu regeln:

Es fehlt eine Klarstellung, dass die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen quartalsweise aktualisierte Versichertenstammdaten zu übermitteln haben. Erforderlich ist eine Zuordnungstabelle von Versichertennummer, KVK-IK, Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum und Wohnort zur lebenslangen (bisher nur in den Krankenkassen verfügbaren) Versichertennummer, damit die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Lage sind, morbiditätsbezogene Klassifikationsverfahren anzuwenden ohne dass die Ergebnisse durch fehlerhafte Patientenzahlen verfälscht werden. Erforderlich ist es, für jeden Versicherten den von ihm in Anspruch genommenen Leistungsbedarf und die für ihn dokumentierten Diagnosen sowie dessen Geschlecht und Alter zweifelsfrei bestimmen zu können. Dies ist mit dem bisherigen Verfahren nicht möglich. Derzeit finden sich aufgrund von Artefakten bundesweit ca. 20 % zu viele Patientenpseudonyme in den Abrechnungsdaten; für viele Patienten liegen mehrere Alters- und Geschlechtsangaben vor. Unsicherheit besteht bei vielen Abrechnungen auch, welcher Kassenärztlichen Vereinigung der Patienten nach dem Wohnortprinzip zuzuordnen ist. Die Auswirkungen auf die Berechnung der Morbiditätsstruktur und ihrer Veränderungsrate können erheblich sein.

Ferner ist die Identifikation von Versicherten, die an der hausarztzentrierten Versorgung oder an einer Integrationsversorgung teilnehmen, erforderlich, um Vereinbarungen über Art und Umfang der Bereinigung des notwendigen Behandlungsbedarfs schließen zu können.

8. Belegärztliche Versorgung

- a) **Schaffung von Gebührenordnungspositionen für die stationäre Erbringung von am DRG-System** bzw. über die stationären NUB-Entgelte abgebildeten innovativen Leistungen, für welche für die ambulante Versorgung noch keine Zulassung des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht.
- b) **Streichung der Regelungen zum sogenannten Honorarbelegarzt nach § 121 Abs. 5 SGB V und § 18 Abs. 3 KHEntgG**

Die mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009 aufgenommene Regelung wird von Einzelfällen abgesehen nicht gelebt. Der wiederholt an den Gesetzgeber herangetragenen Forderung, die Abschlagsregelung (20 Prozent vom Erlös der zu vergütenden Hauptabteilungs-DRG) zu streichen, wurde nicht entsprochen. Aus diesem Grunde wird zur Entbürokratisierung die Aufhebung der Regelung vorgeschlagen.

VI. Innovative Behandlungsmethoden / Qualitätsverbesserung

Regelungsorte des Entwurfs:

Art. 1 (Änderung SGB V) Nr. 30 = § 92; Nr. 51 = § 137c; Nr. 53 = § 137e

Änderungsvorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

1. Erlaubnisvorbehalt und Verbotsvorbehalt

Nach geltendem Recht (§§ 135 Abs. 1, 137c SGB V) besteht bei der Einführung von Innovationen für den ambulanten vertragsärztlichen Bereich ein Erlaubnisvorbehalt, und für den stationären Bereich ein Verbotsvorbehalt. Diese gesetzlichen Bestimmungen sollten unter der Zielsetzung, nur im Nutzen belegte oder zumindest nur nicht schädliche Verfahren für die Patienten einzusetzen, für beide Versorgungsbereiche harmonisiert werden.

Demzufolge sollte in § 135 Abs. 1 Satz 3 SGB V der Bezug auf die vertragsärztliche Versorgung gestrichen werden, um Negativbewertungen nicht nur vertragsärztlich, sondern auch sektorenübergreifend Gültigkeit zu bringen:

§ 135 Abs. 1 Satz 3 sollte daher folgendermaßen geändert werden:

„Falls eine Überprüfung ergibt, dass diese Kriterien nicht erfüllt werden, dürfen die Leistungen nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.“

Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass Negativ-Bewertungen weder ambulant noch stationär erbracht werden dürfen. In § 137c wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:

„Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürften im Rahmen einer Krankenhausbehandlung außerhalb von Erprobungen gemäß Absatz 1b, neu, oder klinischer Studien zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nur erbracht werden, wenn eine Überprüfung gemäß Absatz 1 ergeben hat, dass die in Absatz 1 Satz 1 genannten Kriterien erfüllt sind.“

2. Erprobungsregelungen

Bislang sind Erprobungsregelungen von Innovationen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht möglich, da der Gemeinsame Bundesausschuss nur positiv oder negativ entscheiden kann. Es ist daher die Einführung einer für beide Sektoren gleichen Erprobungsmöglichkeit für Innovationen erforderlich. Hiernach sollen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die das experimentelle Stadium hinter sich gelassen haben, zur Gewinnung von wissenschaftlichen Erkenntnissen, zu nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit bis zu fünf Jahren befristet als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach entsprechender Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses erprobt werden, sofern mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgrund der bisher vorliegenden wissenschaftlichen Ergebnisse ausgeschlossen werden kann, dass Patienten durch die Anwendung der Maßnahme oder dadurch ausgelöste Folge Interventionen geschädigt werden können. Hierzu werden folgende Änderungen vorgeschlagen:

a) Nach § 135 Abs. 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die das experimentelle Stadium hinter sich gelassen haben, können zur Gewinnung von wissenschaftlichen Erkenntnissen, zu Nutzen medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit bis zu fünf Jahren befristet als GKV-Leistung auf Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses erprobt werden, sofern mit großer Wahrscheinlichkeit durch die bisher vorliegenden wissenschaftlichen Daten ausgeschlossen ist, dass Patienten durch die Anwendung der Innovation oder dadurch ausgelöste Folgeinterventionen zu Schaden kommen. Die Vorgaben über die Eckpunkte zur wissenschaftlichen Evaluation dieser Erprobung trifft der Gemeinsame Bundesausschuss.“

b) In § 137c wird folgender Absatz 1b eingefügt:

„Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die das experimentelle Stadium hinter sich gelassen haben, können zur Gewinnung von wissenschaftlichen Erkenntnissen zu Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit bis zu fünf Jahren befristet als GKV-Leistung auf Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses erprobt werden, sofern mit großer Wahrscheinlichkeit durch die bisher vorliegenden wissenschaftlichen Daten ausgeschlossen ist, dass Patienten durch die Anwendung der Innovation oder dadurch ausge-

löste Folgeinterventionen zu Schaden kommen. Die Vorgaben über die Eckpunkte zur wirtschaftlichen Evaluation dieser Erprobung trifft der Gemeinsame Bundesausschuss.“

3. Erweiterung der Qualitätsanforderungen auf alle Qualitätsdimensionen

Aufgrund der nicht eindeutigen Abgrenzung zwischen den Qualitätsdimensionen und ihrer in vielen Bereichen als gleichberechtigt angesehenen qualitätsfördernden Wirkung sollte die gesetzliche Fokussierung auf Strukturqualität im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 2 SGB V aufgehoben werden. Ferner ergibt sich aus dem Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag die allgemeine bundesmantelvertragliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung, die umfassend und nicht beschränkt auf die Strukturqualität sein sollte. Gesetzliche Erweiterung auf „andere Anforderungen“ an die Versorgungsqualität.

Formulierungsvorschlag:

„Für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, welche wegen der Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen (Fachkundenachweis), einer besonderen Praxisausstattung oder anderer Anforderungen an die Versorgungsqualität bedürfen, haben die Partner der Bundesmantelverträge einheitlich entsprechende Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen zu vereinbaren.“

4. Erweiterung der Qualitätsanforderungen auf indikationsbezogene Leistungskomplexe (§ 135 Abs. 2 SGB V)

§ 135 Abs. 2 SGB V bezieht sich ausdrücklich auf einzelne Leistungen. Die angemessene qualitativ hochwertige Versorgung von Patienten mit einem gesundheitlichen Problem findet jedoch in vielen Fällen in Kombination mehrerer Einzelleistungen und im Zusammenspiel mehrerer Leistungserbringer auf derselben, aber auch auf unterschiedlichen Versorgungsebenen/Versorgungsstufen statt. Dabei sollte die strukturierte Zusammenarbeit der Leistungserbringer dem Patienten größere Vorteile bieten als die Summe der jeweiligen Einzelleistungen. Die diagnose- oder symptombezogene (= indikationsbezogene) Qualitätssicherung könnte hier insbesondere den Prozess der Indikationsstellung und der innerärztlichen Kommunikation über Fachgebietsgrenzen und Versorgungsebenen hinweg adressieren.

5. **Patientenbeteiligung bei bundesmantelvertraglichen Vereinbarungen über Qualitätsanforderungen**

Formulierungsvorschlag:

„Die nach der Rechtsverordnung nach § 140g anerkannten für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen sind vor dem Abschluss von Vereinbarungen nach Satz 1 in die Beratung der Vertragspartner einzubeziehen; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. § 140f Abs. 5 gilt entsprechend. Das Nähere zum Verfahren vereinbaren die Vertragspartner nach Satz 1.“

VII. Weiterentwicklung der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) / Kompetenz des G-BA für Disease-Management-Programme (DMP)

Regelungsorte des Entwurfs:

Art. 1 (SGB V) Nr. 29 = § 91 SGB V; Nr. 30 = § 92 SGB V; Nr. 54 = § 137f SGB V; Nr. 55 = § 137g SGB V; Art. 10 (RSAV) Nrn. 1 bis 4 = §§ 28b bis 28g SGB V

Änderungsvorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur G-BA-Struktur und -Kompetenz

1. Inkompatibilität

Zu § 91 Abs. 2 Satz 3 – neu –:

Die Inkompatibilitätsvorschrift des Satzes 3 sollte auf das Verbot der Gleichzeitigkeit entsprechender Tätigkeiten beschränkt bleiben und nicht eine entsprechende Karenzzeit zusätzlich für eine Vortätigkeit vorsehen. Im Übrigen stellt sich die Frage, ob die Inkompatibilität nicht auch für Angehörige von Unternehmen der pharmazeutischen Industrie und der Medizinproduktehersteller und anderen im Richtlinienkontext des Gemeinsamen Bundesausschusses potentiell Betroffener gelten sollte.

2. Disease-Management-Programme

Zu § 321 – Erweiterung der Übergangsregelung für die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137g Abs. 1

Die Übergangsregelung sollte in dem Sinne erweitert werden, dass Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme, die bis zum Tag vor Inkrafttreten des Gesetzes erfolgt sind, wie bisher in den Anlagen der RSAV umgesetzt werden.

Hintergrund: Es liegen Beschlüsse zu Aktualisierungen der Programme COPD (seit 10/2009!) und Brustkrebs (03/2011) vor. Die Aktualisierung des DMP Asthma wird im Juli 2011 beschlossen werden.

Werden diese Beschlüsse nicht wie bisher in die Anlagen der RSAV übernommen, so müssten sie mit hohem Zeitaufwand in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses überführt werden. Vorher wäre eine entsprechende Änderung der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses im DMP-Bereich umzusetzen.

Damit wäre bereits jetzt abzusehen, dass die beschlossenen Aktualisierungen nicht umgesetzt werden könnten und erneute Aktualisierungen erforderlich würden. Die gesetzliche Krankenversicherung hat zur Kenntnis gegeben, dass sie mit dem Bundesversicherungsamt eine gleichlautende Stellungnahme abgeben werden, um die Weiterführung der DMP nicht zu gefährden.

3. Weiterentwicklung der Programmstruktur

Im Rahmen einer Weiterentwicklung von Disease-Management-Programmen auch zu Diagnosen wie Demenz oder Depression in bundesweit einheitlich strukturierten Programmen muss das Kriterium in § 137f Abs. 1 Nr. 5 SGB V „Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufes durch Eigeninitiative des Versicherten“ modifiziert werden durch den Zusatz „nach Möglichkeit“ bzw. „grundsätzlich“ und auf betreuende Personen ausgeweitet werden, mithin:

„Grundsätzliche Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufes durch Eigeninitiative des Versicherten bzw. durch entsprechende Betreuungspersonen“.

4. Case-Management bei Disease-Management-Programmen

Vorgesehen werden sollen Vorgaben für individualisiertes Fallmanagement (Synonym: Case-Management) im Rahmen von Disease-Management-Programmen für Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf durch Rahmenbedingungen, die auf RSAV-Ebene vorgegeben werden, die aber Variationen bei der Ausgestaltung zulassen. Zu diesem Zweck

ist § 137f SGB V dahingehend zu erweitern, dass in § 137f Abs. 2 nach Nr. 1 eingefügt wird:

„Anforderungen für die individualisierte und strukturierte Unterstützung von Patienten mit besonders hohem oder komplexem Behandlungsbedarf.“

und gegebenenfalls zusätzlich in Absatz 1 nach Satz 1 eingefügt wird:

„Dabei sind Patientengruppen mit besonders hohem oder komplexem Behandlungsbedarf besonders zu berücksichtigen.“

VIII. Stärkung wettbewerblicher Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen

Regelungsorte des Entwurfs:

Art. 1 Nr. 2 = § 11 Abs. 6 SGB V; Art. 1 Nr. 71 = § 270 SGB V

Änderungsvorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu § 11 Abs. 6 – neu – SGB V

1. Die vorgeschlagene Regelung zur Erweiterung der Satzungsregelungen für die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Abs. 1 Satz SGB V) wird für den Arzneimittelbereich aus folgenden Gründen abgelehnt:

Bewertung:

Bei jedem Versicherten zu prüfen, ob er aufgrund der Satzungsregelung der jeweiligen Krankenkasse ausnahmsweise ein nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel verordnen darf und wenn ja unter welchen Bedingungen (Art, Dauer, Umfang), würde für die Vertragsärzte ein unzumutbarer, bürokratischer Aufwand bedeuten. Darüber hinaus ist gemäß der Begründung des Entwurfs das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu beachten. Das heißt, der Arzt ist für die Wirtschaftlichkeit einer Verordnung verantwortlich, die eine Krankenkasse aufgrund einer Satzungsleistung erst ermöglicht hat.

Die zusätzlichen Leistungen (Satzungsleistungen) sind von der Krankenkasse (insbesondere aufgrund der gesonderten Zuweisungssystematik des Gesundheitsfonds für zusätzliche Satzungs- und Ermessensleistungen) getrennt auszuweisen. Unklar bleibt damit, wie dies erfolgen soll (z.B. Kennzeichnung der Verordnungen oder Privatverordnungen).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vertritt die Auffassung, dass diese Regelung nicht zu Transparenz und Verordnungssicherheit beiträgt sowie für die Vertragsärzte mit einer erheblichen zusätzlichen bürokratischen Belastung verbunden ist. Eine Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung hin zu kassenindividuellen Positivlisten lehnt die Kassenärztliche Bundesvereinigung ab.

Formulierungsvorschlag:

Streichen des Leistungsbereiches „Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln“ im Rahmen der erweiterten Satzungsleistungen.

- 2.** Verträge mit nicht-zugelassenen Leistungserbringern sieht die Kassenärztliche Bundesvereinigung als problematisch an. Sie stellen systematisch das über die Pflichtzulassung zur Versorgung von Versicherten organisierte System der vertragsärztlichen Versorgung mit Vergütungsregeln Arztvorbehalt, Qualifikationsvoraussetzungen usw. in Frage.

IX. Weiterentwicklung der KV-Organisation

Regelungen zum Vorstand, Beauftragung von Kassenärztlichen Vereinigungen, Wahlrecht

Regelungsorte des Entwurfs:

Art. 1 Nr. 15 = § 77 Abs. 2 und Abs. 6 SGB V, Art. 1 Nr. 16 = § 79 Abs. 4 Satz 5 SGB V, Art. 1 Nr. 17 = § 79c Satz 1 SGB V, Art. 1 Nr. 18 = § 80 Abs. 2 SGB V, Art. 2 = § 35a Abs. 7 SGB IV

Änderungs- und Ergänzungsvorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

1. § 77 und § 285 SGB V

Durch die Bündelung der Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen können Effizienzressourcen genutzt und durch die Klarstellung der zulässigen Datenübermittlung bereits bestehende Komplikationen bei der Gründung von Arbeitsgemeinschaften der Kassenärztlichen Vereinigungen in Form von so genannten Kompetenzzentren abgebaut werden. Die Ergänzung in § 77 Abs. 6 SGB V regelt aber lediglich die Beauftragung einer Kassenärztlichen Vereinigung durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung. Eine Einbeziehung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in die Aufgabenübertragung ist bislang nicht vorgesehen. Diese wäre aber erforderlich, um das gesamte Potential des KV-Systems ausschöpfen zu können. Im Übrigen würde dies auch die Realität in der Vergangenheit abbilden, da die Kassenärztliche Bundesvereinigung bislang an den von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegründeten Arbeitsgemeinschaften beteiligt war. Zur Klarstellung regen wir weiterhin an, in Satz 2 zusätzlich aufzunehmen, dass eine Aufgabenübertragung auch an eine von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gebildete Arbeitsgemeinschaft möglich ist. Mit dem folgenden Formulierungsvorschlag würde diese Erweiterung im Zusammenwirken zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen untereinander und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geregelt werden können:

a) § 77 Abs. 6 SGB V i.d.F. des Regierungsentwurfs wird wie folgt gefasst:

„(6) §§ 88, 90, 94 Abs. 1a bis 4 und § 97 Abs. 1 Satz 1 bis 4 des Zehnten Buches gelten entsprechend. Beauftragt eine Kassenärztliche Vereinigung eine andere Kassenärztliche Vereinigung, die Kassenärztliche Bundesvereinigung oder eine Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 7 in Verbindung mit § 88 des Zehnten Buches mit der Wahrnehmung einer ihr obliegenden Aufgabe und ist hiermit eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten durch die Beauftragte verbunden, wird die Beauftragte mit dem Empfang der ihr nach § 285 Absatz 3 Satz 7 übermittelten Sozialdaten verantwortliche Stelle gemäß § 67 Absatz 9 Satz 1 des Zehnten Buches. § 80 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 des Zehnten Buches gilt entsprechend, Nummer 1 jedoch mit der Maßgabe, dass nur der Auftragnehmer anzuzeigen ist. Für das Verhältnis zwischen der auftraggebenden Kassenärztlichen Vereinigung und der beauftragten Stelle, insbesondere für den Erlass von Verwaltungsakten, gilt § 90 des Zehnten Buches entsprechend.“

b) In § 77 SGB V wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung können zum Zweck gemeinsamer Ausführung von Aufgaben oder für die gegenseitige Unterstützung bei der Erfüllung ihrer Aufgaben Arbeitsgemeinschaften bilden, welche für die Dauer ihres Bestands öffentlich-rechtliche Zweckverbände sind. Dasselbe gilt für Forschungs-, Entwicklungs- und Unterstützungsmaßnahmen zur Versorgungssteuerung. Für die Arbeitsgemeinschaften gelten hinsichtlich der Aufsicht und hinsichtlich der Haushaltsführung § 94 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Für die in § 77a vorgesehenen Aufgaben können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auch gemeinsame Dienstleistungsgesellschaften gründen. § 69 Abs. 2 Satz 1 gilt für Arbeitsgemeinschaften und Dienstleistungsgesellschaften nicht.“

c) In § 285 Abs. 3 werden die Sätze 7 und 8 i.d.F. des Regierungsentwurfs wird folgt gefasst und Satz 9 angefügt:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen rechtmäßig erhobene und gespeicherte Daten auch untereinander, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder einer Arbeitsgemeinschaft nach § 77 Absatz 7 arzt- und versichertenbezogen übermitteln, soweit dies im

Rahmen eines Auftrags nach § 77 Absatz 6 Satz 2 in Verbindung mit § 88 des Zehnten Buches erforderlich ist. Soweit vom Aufgabenzweck der Arbeitsgemeinschaft und der Beauftragung Abrechnungsdaten umfasst sind, die laboratoriumsmedizinische Leistungen betreffen, dürfen auch Daten aus Überweisungsaufträgen, Zielaufträgen und der Beauftragung von Laborleistungen einschließlich der zugehörigen Befund- und Abrechnungsdaten übermittelt werden. Soweit dies mit dem Zweck der Aufgabe und ihrer Zielsetzung vereinbar ist, sind die Daten zu pseudonymisieren.“

2. Zu Art. 1 nach Nr. 16 (§ 79 Abs. 6 SGB V) und zu Art. 2 (SGB IV) = § 35a SGB IV

Der Funktion der Selbstverwaltung widerspricht es, dass die Aufsichtsbehörde mit § 35a Abs. 7 SGB IV, der nach § 79 Abs. 6 Satz 1 SGB V auch für die Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechend gilt, berechtigt werden soll, den Vorstand von seinem Amt zu entheben. Die Amtsenthebung des von den Vertreterversammlungen gewählten Vorstandes ist die ureigenste Aufgabe der Vertreterversammlung. Es entspricht den demokratischen Grundsätzen, dass ein Wahlorgan auch über die Abberufung eines von ihm gewählten Vertreters zu entscheiden hat. Da in der Begründung des Referentenentwurfs ausschließlich auf Vorgänge außerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung Bezug genommen wird, ergibt sich für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Übrigen auch keine Regelungsnotwendigkeit. Es wird daher vorgeschlagen, dass in § 79 Abs. 6 Satz 1 SGB V nur auf Abs. 7 Satz 1 und 2 des § 35a SGB IV statt auf Absatz 7 insgesamt verwiesen wird.

**Weitere Ergänzungsvorschläge
zur Aufnahme im Gesetzgebungsverfahren**

I. Künftige wettbewerbliche Versorgungsstrukturen

Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

1. Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigung bei Verträgen über integrierte Versorgung

Verträge über integrierte Versorgung (§ 140a ff. SGB V):

Der Kassenärztlichen Vereinigung muss wieder die Möglichkeit eingeräumt werden, als Vertragspartner an Verträgen über integrierte Versorgung im Wettbewerb mit anderen Vertragspartnern auf der Leistungserbringerseite mitzuwirken.

- Aufnahme der Kassenärztlichen Vereinigung als potentieller Vertragspartner.
- Keine obligatorische Bereinigung der Gesamtvergütungen durch Vergütungsanteile aus Verträgen über integrierte Versorgung; Bereinigungsmöglichkeit als vertragliche Absprache, jedoch nicht schiedsfähig.
- Präzisierung der Versorgungsziele integrierter Versorgung: Flächendeckend, regional- und populationsbezogen.

2. §§ 73b, 73c und 140b SGB V – Qualitätssicherung bei ergänzenden Verträgen (Selektivverträge und Integrierte Versorgung)

Zum jetzigen Zeitpunkt ist ein eher unkoordiniertes Nebeneinander von kollektivvertraglicher und selektivvertraglicher Qualitätssicherung zu konstatieren. Dies betrifft sowohl die Frage, welche (kollektivvertraglich vereinbarten) Qualitätssicherungsmaßnahmen zwingend auch für alle Selektivverträge gelten, als auch die Frage, wie diese Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der Selektivverträge einheitlich umgesetzt werden.

Bei den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung fehlt (so wie etwa in § 73 c Abs. 1 Satz 3 SGB V) ein gesetzlicher Hinweis über geltende Mindestqualitätsanforderungen. Ein Abweichen von den Vorschriften des Kapitels 4 im SGB V, wozu auch der Abschnitt 9 „Sicherung der Qualität der Leistungserbringung“ gehört, ist sogar ausdrücklich und ohne

Einschränkung zugelassen (vgl. § 73 b Abs. 5 Satz 4, aber auch § 73 c Abs. 4 Satz 3 SGB V).

Bei der integrierten Versorgung (§ 140a ff. SGB V) können Regelungen zur Qualitätssicherung von den Vertragspartnern selbstständig festgelegt werden, gesetzliche Mindestqualitätsanforderungen sind nicht vorgeschrieben. Ein Abweichen von den Vorschriften des Kapitels 4 im SGB V ist auch hier möglich, wenn die abweichende Regelung einer Qualitätsverbesserung dient.

Folgerung:

Aus Gründen einheitlicher Qualitätsstandards im SGB V muss unbedingt klargestellt werden, dass alle im Kollektivvertragssystem festgelegten Qualitätssicherungs-Anforderungen auch im Selektivvertragssystem keinesfalls unterschritten werden dürfen. „Additive“ Qualitätssicherungs-Maßnahmen im Sinne von den Kollektivvertrag „ergänzenden“ Verträgen sind selbstverständlich möglich.

3. Abrechnungsbefugnis privatrechtlich organisierter Dienstleister von Vertragspartnern der Selektivverträge?

Einführung einer neuen Befugnisnorm für die Abrechnung selektivvertraglich vereinbarter ärztlicher Leistungen

Die Abrechnung der selektivvertraglich vereinbarten ärztlichen Leistungen erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung, deren Mitglied der Vertragsarzt ist, es sei denn, die Vertragspartner des Selektivvertrages beauftragen eine geeignete andere Stelle. In diesem Fall hat die Abrechnungsstelle allerdings bestimmte datenschutzrechtliche Voraussetzungen im Hinblick auf die Vorschriften des SGB X zu erfüllen. Ferner bedarf es der Einwilligung des teilnehmenden Vertragsarztes, dass die Abrechnungsdaten durch die private Abrechnungsstelle übermittelt werden. Auch sind bestimmte Vorkehrungen vorzuschreiben, die verhindern, dass außer der Abrechnung der Daten eine weitere Datenverwendung erfolgt.

II. Definitionskompetenz der Bundesärztekammer im Bereich der Strukturqualität

Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

1. Definition von Fachkunden nach § 135 Abs. 2 SGB V

Die Vertragspartner der Bundesmantelverträge werden bei Einführung neuer Fachkunden gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verpflichtet, die Bundesärztekammer zu beauftragen, den Inhalt entsprechender Fachkunden sowie gegebenenfalls Übergangsregelungen zu definieren. Die Bundesärztekammer wird dazu durch das Gesetz mit einer entsprechenden Definitionskompetenz beliehen. Es handelt sich ausschließlich um eine in der Kompetenz der Bundesärztekammer (nicht der Landesärztekammern wie im Weiterbildungsrecht) zugewiesene Aufgabe. Die Bundesmantelvertragspartner sind an die Bestimmung der Fachkunde gebunden.

2. Definition von Anforderungen an die Strukturqualität gemäß § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Gemäß § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V kann der Gemeinsame Bundesausschuss Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen bestimmen. „Dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.“

Gleichermaßen wie zu Nr. 1 (Definition von Fachkunden) ist die Bundesärztekammer gesetzlich zu beauftragen, in Fällen, in denen der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an die Strukturqualität zu bestimmen beabsichtigt, eine entsprechende Definition zu entwickeln. Die Bestimmung der Bundesärztekammer ist für den Gemeinsamen Bundesausschuss verbindlich.

Ziel der Regelungen unter 1.) und 2.) ist es, die Einheitlichkeit des Berufsausübungsrechts – bei den entsprechenden Regelungen handelt es sich materiell um Berufsausübungsrechtsnormen – zu wahren.

III. Weitere Vorschläge zu Prävention / Palliativversorgung / Fortbildung / Entlassmanagement / Schiedsstelle „PKV“

Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

1. Neue Organisation der Leistungen der Prävention

a) Leistungsanspruch

Erweiterung des Leistungsanspruchs auf primäre und tertiäre Prävention zu Pflichtleistungen der Krankenkassen. Die Sicherstellung der Leistungen der Primärprävention und Tertiärprävention durch Ärzte wird Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung und in die vertragsärztliche Versorgung einbezogen. Im EBM werden Leistungspositionen beschrieben. Die Vergütung der Leistungen erfolgt auf der Grundlage von Einzelleistungen außerhalb der Gesamtvergütung (Änderungen in §§ 20, 25, 73 und 76 SGB V).

b) Funktion des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in Rahmenvorgaben prioritäre Handlungsfelder und Ziele, Leistungen, Inhalte, Zielgruppen, Zugangswege, Methodik und Vorgaben für die Qualifikation der Erbringer sowie zur Evaluation für bundesweit oder regional durchzuführende Maßnahmen der Primär- und Tertiärprävention.

c) Erläuterung

Primärprävention ist die Vorbeugung von Krankheiten und die präventive Beratung. Tertiärprävention ist die Verhinderung einer Verschlechterung oder eines Rückfalls nach eingetretener Erkrankung.

2. Palliativversorgung

a) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§§ 37b, 132d SGB V)

Vorschlag für ein Stufenmodell zur Durchsetzung von Vertragsabschlüssen nach § 132d SGB V:

- Beibehaltung des geltenden Rechts in § 132d SGB V;
- bei Nichteinigung: Intervention der Aufsichtsbehörde mit Fristsetzung an die Krankenkassen;
- organisatorische Anhebung der Vertragsabschlusskompetenz auf Seiten der Krankenkassen auf die Landesverbände und Ersatzkassen (gemeinsam und einheitlich);
- kommt innerhalb der gesetzten Frist eine Einigung über eine vertragliche Lösung nicht zustande, geht die Sicherstellungsverantwortung auf die Kassenärztliche Vereinigung über zum Abschluss von Kollektivverträgen unter Mitwirkung von dem verantwortlichen Verband der Pflege (dreiseitiger Vertrag);
- kommt ein solcher Vertrag nicht zustande, kann ein Erweitertes Schiedsamt (Analogie zu § 115b SGB V) angerufen werden.

b) Allgemeine ärztliche Palliativversorgung

In Analogie zur Onkologie und Sozialpsychiatrie müssen bundesmantelvertragliche Regelungen für die ärztliche Palliativversorgung einschließlich der Festlegung von Vergütungen vereinbart werden.

c) Risikostrukturausgleich

Durch Ergänzung in §§ 266, 268 SGB V sollen eigene Positionen für die Palliativversorgung geschaffen werden.

Alternative:

Der Auftrag zur Sicherstellung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zur flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung ist vom Einzelvertragssystem auf das Kollektivvertragssystem umzustellen. Die ärztliche Palliativversorgung soll – wie zuvor beschrieben – als Regelungsauftrag im Bundesmantelvertrag eingefügt werden.

3. Fortbildung nach § 95d SGB V: Verbindlichkeit des Fortbildungszertifikats der zuständigen Heilberufskammer und Einführung von Ermessensentscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigungen für Sanktionen bei fehlenden Nachweisen der Fortbildung

a) Ausgangslage:

Die Regelung über die Pflicht zur fachlichen Fortbildung des Vertragsarztes in § 95d enthält in Absatz 2 folgende Voraussetzung:

„(2) Der Nachweis über die Fortbildung kann durch Fortbildungszertifikate der Kammern der Ärzte, der Zahnärzte sowie der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden. Andere Fortbildungszertifikate müssen den Kriterien entsprechen, die die jeweilige Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene aufgestellt hat. In Ausnahmefällen kann die Übereinstimmung der Fortbildung mit den Anforderungen nach Absatz 1 Sätze 2 und 3 auch durch sonstige Nachweise erbracht werden; die Einzelheiten werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach Absatz 6 Satz 2 geregelt.“

Zur Vereinheitlichung des Nachweisverfahrens für die vertragsärztliche Fortbildung hat es sich als zweckmäßig erwiesen, das Fortbildungszertifikat der Heilberufekammern verbindlich vorzuschreiben. Die Öffnungsklausel für die Anerkennung von anderen Fortbildungszertifikaten in Ausnahmefällen muss jedoch fortbestehen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist nach § 95d Abs. 6 Satz 2 ermächtigt, nähere Einzelheiten zu regeln.

b) Es hat sich aus Erfahrungen der Praxis (nach der im Übrigen bestätigt wird, dass 99 v. H. der Vertragsärzte ihre Fortbildungspflicht erfüllen) als notwendig erwiesen, insbesondere Situationen, in denen Vertragsärzte den Nachweis der Fortbildung wegen relativ geringfügiger Erfüllungsdefizite nicht führen können (z. B. auch Härtefälle), die Honorarkürzung nicht zwangsläufig folgen zu lassen, sondern an eine Ermessensentscheidung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu binden. Dasselbe soll weitergehend für den Antrag auf Zulassungsentziehung gelten.

c) Lösung:

§ 95d SGB V wird wie folgt geändert:

Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Der Nachweis über die Fortbildung ist durch Fortbildungszertifikate der Kammern der Ärzte, der Zahnärzte sowie der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten zu erbringen. In Ausnahmefällen kann die Übereinstimmung der Fortbildung mit den Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 und 3 auch durch sonstige Nachweise erbracht werden; die Einzelheiten werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach Absatz 6 Satz 2 geregelt.“

In Absatz 3 Sätze 4 und 5 werden so geändert, dass die Kassenärztliche Vereinigung hinsichtlich der Honorarkürzung einen Ermessensspielraum hat, der sowohl die Möglichkeit vorsieht, von der Honorarkürzung abzusehen als auch die Höhe der Honorarkürzung festzulegen. Die Regelung soll auf Ausnahmefälle beschränkt bleiben. Dasselbe soll weitergehend auch für den Antrag auf Zulassungsentziehung gelten („nur bei Verweigerern der Fortbildung“).

Auch in Absatz 6 soll für die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Ermächtigung eingeführt werden, von Sanktionen in Ausnahmefällen („Härtefällen“) abzusehen.

Alternative:

Übertragung der Sanktionsentscheidungen in das Verfahren nach § 81 Abs. 5 SGB V – Disziplinarverfahren

4. Verbesserung des Entlassmanagements nach Krankenhausaufenthalt**a) Vorschlag Gesetzentwurf**

Das Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung wird in § 39 Abs. 1 und § 112 Abs. 2 SGB V als Teil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung konkretisiert. Die Möglichkeiten zum Vertragsabschluss nach §§ 112 und 115 SGB V werden gestrichen.

b) Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Die Konzentration des Entlassmanagements ausschließlich auf das Krankenhaus ist nicht zielführend. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schlägt dementsprechend folgende Regelungen vor:

In Art. 1 Nr. 2 (§ 11 SGB V) wird Buchstabe a (§ 11 Abs. 4) wie folgt geändert:

Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig auf elektronischem Wege unter Verwendung der Fallakte bzw. einer strukturierten elektronischen Nachricht die erforderlichen Informationen. Die Betriebsverantwortung für den dafür notwendigen Dienst übernimmt die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Zur Erfüllung dieser Aufgabe sind die Leistungserbringer von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach den §§ 140a bis 140d nicht bereits

entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln. Für den Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche sind folgende Informationen bereit zu stellen:

- Informationen zur Gesamtbehandlung in Kurzform
- Behandlungspläne (Handlungsanweisungen)
- Untersuchungsbefunde
- Medikation
- Labordaten
- Pflegepläne
- Ggf. umfassende Informationen zur Behandlung

Die technischen Details regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung.“

5. Schiedsstelle zur Festsetzung von Vergütungen im Rahmen des Basistarifs der PKV gemäß § 75 Abs. 3c SGB V

Die Schiedsstelle ist grundsätzlich paritätisch mit Vertretern der Vertragspartner besetzt. Hinzutreten ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder sowie jeweils ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums der Finanzen. Gegen diese Art der Besetzung durch Vertreter der Bundesministerien bestehen verfassungsrechtliche Bedenken. Sie ist auch mit dem Status der Aufsichtsbehörden über die Trägerorganisationen PKV und KBV nicht vereinbar. Dies stellt eine systemwidrige Ausdehnung der Aufsichtskompetenz durch Stimmrecht in der Schiedsstelle zur Fachaufsicht dar.

Folgerung:

Herstellung echter Parität in der Schiedsstelle für Vergütungsfragen durch Ausschluss der Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Finanzen.²

Anmerkung:

Ein entsprechender Vorschlag ist am 30.11.2010 gemeinsam durch Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit übermittelt worden.

6. Sonstiges

a) § 291 SGB V – Verpflichtung zum Einzug der alten Krankenversichertenkarten bei Einführung der eCard

Vorgabe eines bestimmten Zeitpunktes, bei Überschreiten dieses Zeitpunktes: Ausstellung von Überweisungsscheinen

b) Gesetzliche Klarstellung für Online-Dienste der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen

Zur Vermeidung von wettbewerbsrechtlichen Auseinandersetzungen soll im Gesetz klargestellt werden, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen Online-Dienste anbieten dürfen (Prüfungsauftrag).

gez. Dr. med. Andreas Köhler

Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung