

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0188(4)

gel. VB zur öAnhörung am 19.10.

11_VStG

07.10.2011

Stellungnahme

des

Berufsverbandes der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO)

zum

Referentenentwurf

**des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen
in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG)**

vom 06.06.2011

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1, Nummer 44, § 116b SGB V Ambulante spezialärztliche Versorgung

Zu § 116b Abs. 1

Abs. 1 beschreibt den Gegenstand der ambulanten spezialärztlichen Versorgung. Hier ist zu verankern, dass auch erforderliche kurzstationäre Aufenthalte von der ambulanten spezialärztlichen Versorgung umfasst sind und die ambulanten spezialärztlichen Leistungen künftig nicht mehr teilstationär erbracht werden dürfen.

Änderungsvorschlag

nach § 116b Abs. 1 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Ein im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung erforderlicher kurzstationärer Aufenthalt gehört zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach Absatz 1 Satz 1. Im Übrigen bleiben die bestehenden Möglichkeiten stationärer Leistungserbringung unberührt, soweit die stationäre Leistungserbringung medizinisch erforderlich ist. Die teilstationäre Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 ist ausgeschlossen.“

Begründung

Die spezialfachärztliche ambulante Versorgung bietet für die Krankenhäuser einen Zusatzmarkt; eine Möglichkeit zur Ausweitung ihrer Geschäftsbereiche bei geringem Risiko. Die Kernaufgabe der Krankenhäuser, die stationäre Versorgung bleibt unangetastet. Die Vertragsärzte, insbesondere die niedergelassenen Onkologen wechseln mit ihrer wirtschaftlichen und medizinischen Kernleistung in eine komplett neue Vertragswelt. Krankenhäuser haben bisher die Möglichkeit die Patienten des spezialfachärztlichen Versorgungssektors ambulant (Ermächtigung, Klinik-MVZ), stationär und auch teilstationär zu behandeln. Dies hat auch wirtschaftliche Implikationen. Hier muss aus Gründen der Wettbewerbsgleichheit auch dem Vertragsarzt die **kurzstationäre Behandlung** seiner Patienten im Wege der Kooperation oder im Rahmen seiner Praxisklinik (§ 122 SGB V) möglich sein und die **teilstati-**

onäre Leistungserbringung ambulanter spezialärztlicher Leistungen durch die Krankenhäuser ausgeschlossen werden. Im Einzelnen:

Auf Seite 120, letzter Absatz der Begründung des Referentenentwurfes vom 06.06.2011 heißt es: „Krankenhäuser, die an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen, können entsprechende Leistungen nur als (voll- oder teilstationäre) Krankenhausbehandlung erbringen und abrechnen (insbesondere mit Ein-Tages-DRG's), wenn die Krankenhausbehandlung medizinisch erforderlich ist.“ Kurzstationäre Aufenthalte können medizinisch indiziert sein, teilstationäre Aufenthalte im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung hingegen nicht.

Patienten, bei denen im Rahmen einer spezialfachärztlichen Versorgung ein **kurzstationärer Aufenthalt** medizinisch notwendig wird, sollen von allen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten kurzstationär behandelt werden können. Auch hier ist es zur Wahrung der Chancengleichheit erforderlich, für alle Leistungserbringer des § 116b Abs. 2 Satz 1 einheitliche Vergütungsstandards festzulegen. Es ist festzulegen, dass die Abrechnung durch jeden Leistungserbringer direkt mit der Krankenkasse erfolgt. Vergütungsstandards sind im Rahmen des § 116b Abs. 3 durch den GBA festzulegen. Bisher bestehende Möglichkeiten stationärer Leistungserbringung (in Kooperation mit einem Krankenhaus (Honorararzt), im Rahmen einer Praxisklinik (§ 122 SGB V) oder belegärztlich) bleiben unberührt.

Die zusätzliche **teilstationäre Leistungserbringung**, die für die Krankenhäuser nur deshalb geschaffen wurde, wie sie grundsätzlich nicht über die Berechtigung zur ambulanten Leistungserbringung verfügen, ist auszuschließen. Im Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung bedarf es des künstlichen Instruments der teilstationären Leistungserbringung nicht mehr. Für teilstationäre Leistungen gibt es keine medizinische Begründung. Sie umfassen ausschließlich ambulant zu erbringende Leistungen. Sie sind historisch in Zeiten des Bettenabbaus entstanden. Sie wirken im Kontext der spezialfachärztlichen ambulanten Leistungserbringung wettbewerbsverzerrend und sind daher zu streichen.

Zu § 116b Abs. 2 Satz 1

Der BNHO lehnt die Einführung eines Anzeigeverfahrens ab. Das Anzeigeverfahren kann keine hinreichende Kontrolle der Erfüllung der umfangreichen Qualifikations- und Qualitätsanforderungen nach § 116b Abs. 3 SGB V sicherstellen. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass die Prüfung der Unterlagen durch die zuständigen Landesbehörden Bearbei-

tungszeiten in der Regel mehr als 2 Monaten erfordert. Insbesondere hat bei teilnehmenden Einrichtungen zur Sicherung der Qualität eine arztbezogene Prüfung der Voraussetzungen nach § 116b Abs. 3 zu erfolgen. Diese Prüfung ist in 2 Monaten nicht zu leisten. Es besteht die Gefahr, dass Leistungserbringer die Berechtigung durch Zeitablauf erhalten, weil die zuständigen Landesbehörden Antragsprüfungen in der vorgegebenen Zeit nicht bewältigen können. Dies würde die hohen Qualitätsziele, die sich der Referentenentwurf steckt, konterkarieren. Bei bisherigen Antragsverfahren entsprachen die von Krankenhäusern eingereichten Unterlagen häufig nicht den Anforderungen. Die Beteiligung der bisher an der Bestimmung beteiligten Krankenkassen und (zum Teil) Kassenärztlichen Vereinigungen, denen die Antragsunterlagen bisher zur Stellungnahme übersandt wurden, entfällt ebenfalls. Damit besteht für die zuständigen Landesbehörden keine fachlich-qualifizierte Unterstützung mehr bei der Prüfung der eingereichten Unterlagen.

Ferner enthält § 116b Abs. 2 keine repressiven Möglichkeiten (z.B. Untersagungsverfügung), wenn die Aufnahme der ambulanten spezialärztlichen Versorgung in Widerspruch zu den Anforderungen nach § 116b Abs. 3 erfolgt. Eine Untersagung der Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung ist für diesen Fall nicht geregelt.

Eine regelmäßige Kontrolle durch die zuständigen Landesbehörde, dass die Voraussetzungen des § 116b Abs. 3 nicht nur bei Anzeige vorliegen, sondern auch in den Jahren danach, sieht das Gesetz ebenfalls nicht vor. Im Hinblick auf die personellen und sächlichen sowie einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung bedarf es zur kontinuierlichen Kontrolle ferner der Anordnung von Auflagen bzw. Nebenbestimmungen, deren Einhaltung durch die zuständige Landesbehörde zu kontrollieren ist. Schließlich bedarf es er Kontrolle der Einhaltung der Kooperationsverpflichtung nach § 116b Abs. 3 Satz 6 und 7.

Schließlich können die Leistungen nach § 116b Abs. 2 bereits beantragt und erbracht werden, wenn die Richtlinie des GBA nach § 116b Abs. 3 noch nicht vorliegt. Eine Regelung, nach der das Vorliegen der Richtlinie des GBA abzuwarten ist, existiert nicht. Die Vergütung erfolgt bis zu einer Regelung nach § 116b Abs. 6 Satz 2 solange auf der Grundlage des EBM, § 116b Abs. 6 Satz 8.

Änderungsvorschlag

Ausgestaltung als Genehmigungsverfahren. Festlegung von regelmäßigen Nachweispflichten der Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 Satz 1 und Kontrollpflichten der zuständigen Landesbehörde (wie bspw. in der Onkologie-Vereinbarung).

Zu § 116b Abs. 3

Abs. 3 enthält den Auftrag an den GBA, den Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung näher auszugestalten. Insbesondere hat der GBA den Behandlungsumfang zu bestimmen. Dabei ist dem GBA vom Gesetzgeber jedoch vorzugeben, dass er bei der Festlegung des Behandlungsumfangs zu bestimmen hat, dass nicht jede (onkologische) Verdachtsdiagnose Gegenstand der ambulanten spezialärztlichen Versorgung ist. Dem GBA ist gesetzlich vorzugeben, dass die ambulante spezialärztliche Versorgung bezüglich der Onkologie auf die Therapiedurchführung bei onkologischen Erkrankungen mit gesicherter Diagnose beschränkt ist.

Änderungsvorschlag

nach § 116b Abs. 3 Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die ambulante spezialärztliche Versorgung onkologischer Patienten ist auf die Versorgung bei gesicherter onkologischer Diagnose beschränkt. Diagnostik, die medizinisch notwendig war und zu einer gesicherten Diagnose geführt hat, ist vom Behandlungsumfang umfasst.“

Begründung

Die gesicherte onkologische Diagnose ist für jede onkologisch qualifizierte Fachgruppe ein Begriff. Die Aufnahme der Regelung vermeidet eine unangemessene Leistungsausdehnung durch angebotsinduzierte Nachfrage zu Lasten des GKV-Systems. Auf der anderen Seite schließt der Begriff der „Versorgung“ alle notwendigen diagnostischen Leistungen nicht aus. Es bedarf der Festlegung des Gesetzgebers, dass nicht jede (onkologische) Behandlung in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zu erbringen ist. Im Referentenentwurf heißt es: *„Patienten benötigen jedoch nicht bei jeder Grunderkrankung (z.B. Krebs) sondern nur bei besonderen Krankheitsverläufen diese spezialärztliche Versorgung.“* (vgl. Referentenentwurf zu GKV-VSG, Begründung B. Besonderer Teil zu § 116b Abs. 4, Seite 121, 2. Absatz). In die ambulante spezialärztliche Versorgung gehört die medikamentöse Tumortherapie. Hingegen erfordert die onkologische Basisversorgung keine Versorgung im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116b. Sie wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der KVen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sichergestellt. Darüber hinaus war nach der bisherigen Fassung des § 116b a.F. streitig, ob der GBA berechtigt ist, den gesetzlichen Katalog in § 116b Abs. 3 SGB V a.F. einzuschränken. Solche Unklar-

heiten sollten bei der Neufassung vermieden werden und klargestellt werden, dass der GBA in seinen Richtlinien Einschränkungen vornehmen kann.

Zu § 116b Abs. 3 Satz 3

Der Gesetzgeber hat die wesentlichen Grundlagen der sächlichen und personellen sowie die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137 im Gesetz vorzugeben. Er soll sie nicht allein dem GBA überlassen.

Änderungsvorschlag

nach § 116b Abs. 3 Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt seiner Richtlinie nach Satz 1 hinsichtlich der sächlichen und personellen sowie der einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung insbesondere die in der vertragsärztlichen Versorgung auf Bundesebene bereits geltenden Vereinbarungen und Richtlinien und bezüglich der personellen Anforderungen insbesondere die Weiterbildungsordnungen zugrunde. Die Leistungserbringer nach Absatz 2 Satz 1 haben die ambulante spezialärztliche Versorgung persönlich auszuüben. Dies gilt auch für an der spezialärztlichen Versorgung teilnehmende Einrichtungen, wie Krankenhäuser und Medizinische Versorgungszentren. Sie haben die Ärzte, die Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 erbringen, namentlich zu benennen. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann sich der benannte Arzt innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen.“

Begründung

Die Weiterbildungsordnung definiert Schwerpunktbezeichnungen für die Onkologie und damit besonders qualifizierte Fachärzte für die Onkologische Versorgung. Sie ist durch die Ärztekammern breit legitimiert und damit unabhängig vom Interessensausgleich der verschiedenen Bänke des G-BA.

Außerdem sind in der vertragsärztlichen Versorgung bereits vorhandene etablierte Regelwerke wie

- die Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen),

- die Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des GBA vom 18. Oktober 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, Nr. 248: S. 17 329, in Kraft getreten am 1. Januar 2006 und
- die Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des GBA nach § 136 Abs. 2 SGB V vom 18. April 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 S. 5141, in Kraft getreten am 1. Januar 2007

etc. zu nutzen.

Im Rahmen der Qualitätsanforderungen ist ein effektives nachhaltiges Versorgungsmanagement für onkologische Patienten zu verankern, das Kommunikations- und Informationsbarrieren an den Schnittstellen zu den bestehenden Sektoren überwindet. Der Qualitätskatalog gilt für alle Leistungserbringer und ihre Einrichtungen. Dieser Standard darf auf Landesebene nicht unterschritten werden.

Der **Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung**, der bisher nur in der vertragsärztlichen Versorgung gilt, § 32a Ärzte-ZV, ist als **Maßnahme der Qualitätssicherung** unerlässlich. Er ist in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung für alle Leistungserbringer zu verankern. Insbesondere in Krankenhäusern und Klinik-MVZ, die aufgrund ihrer Größe unübersichtlich sind, ist sicherzustellen, dass die ambulante spezialärztliche Versorgung auch tatsächlich von dem qualifizierten Arzt und nicht von Assistenzärzten erbracht wird.

Zu § 116b Abs. 3 Satz 6 und 7

Das Kooperationserfordernis muss vom Gesetzgeber präzisiert werden, um dem bestehenden strukturellen Nachteil der übrigen Leistungserbringer gegenüber den stationär tätigen Krankenhäusern beim Patientenzugang zu begegnen.

Änderungsvorschlag

nach § 116b Abs. 3 Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:

„Diese Regelungen müssen geeignet sein, den Nachteil der an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmenden vertragsärztlichen Leistungserbringer gegenüber den stationär tätigen Krankenhäusern beim Patientenzugang auszugleichen.“

§ 116b Abs. 3 Satz 8 wird wie folgt neu gefasst:

„Diese Vereinbarungen nach Satz 6 und 7 zwischen Krankenhäusern und vertragsärztlichen Leistungserbringern, die die Voraussetzungen für die Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung erfüllen, sind Voraussetzung für die Teilnahme an der spezialärztlichen Versorgung. Der Abschluss einer Vereinbarung zwischen einem Krankenhaus und einem vertragsärztlichen Leistungserbringer, der dem Krankenhausträger gehört oder an dem dieser beteiligt ist, genügt dabei nicht.“

Begründung

Die Kooperationsverpflichtung muss dem Ziel der Chancengleichheit gerecht werden. Erforderlich ist ein zwingendes Kooperationserfordernis zwischen an der spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Krankenhäusern und Vertragsärzten (sonst strenger Überweisungsvorbehalt). Im Referentenentwurf (Seite 120) heißt es: *„Der Zugang der Patienten zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung erfolgt somit durch Überweisung des behandelnden Vertragsarztes, durch Direktbehandlung des Facharztes der spezialärztlichen Versorgung und durch Überweisung des behandelnden Krankenhausarztes (als hausinterne Überweisung). **Im letzteren Fall erfolgt im Versorgungsbereich der Onkologie die Überweisung auf der Grundlage der abzuschließenden Kooperationsvereinbarung.** Die Krankenhäuser werden verpflichtet, mit geeigneten ambulanten Leistungsanbietern zur Fortführung der spezialärztlichen Versorgung nach stationärem Aufenthalt Kooperationsvereinbarungen – als spezifische Zugangsvoraussetzung für den Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung – zu treffen. **Verpflichtende Kooperationsvereinbarungen werden dabei auf diejenigen Krankheiten als Zugangsvoraussetzung beschränkt, bei denen (wie z.B. in der Onkologie) in der Folge einer stationären Behandlung der Patientenzugang regelmäßig unmittelbar in die ambulante spezialärztliche Versorgung des Krankenhauses erfolgt und damit insoweit einem bestehenden strukturellen Nachteil der übrigen Leistungserbringer beim Patientenzugang in die ambulante spezialärztliche Versorgung begegnet werden kann.“***

Zu § 116b Abs. 6 Satz 2

Die betroffenen Berufsverbände sind angemessen an den Vereinbarungen zu beteiligen. Darüber hinaus ist eine Frist zu setzen, bis wann die neue Gebührensystematik in Kraft treten muss. Des Weiteren ist vorzugeben, dass die neue Honorarsystematik in angemessener Weise die Behandlungslast der verschiedenen Diagnosen und Patienten differenziert berücksichtigen muss.

Änderungsvorschlag

§ 116 b Abs. 6 Satz 2 wird wie folgt neu gefasst

„Hierzu vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertretung der an der spezialärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der jeweiligen Richtlinien gemäß Absatz 3 bis 5.“

nach § 116 b Abs. 6 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt

„Die Vereinbarung nach § 116b Satz 2 erfolgt bis zum 31.12.2013.“

nach § 116 b Abs. 6 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt

„Die Kalkulation muss den Behandlungsumfang differenziert berücksichtigen.“

Begründung

Die an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte sind mit den Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nicht mehr im KV- System. Daher ist nicht sichergestellt, dass die KBV immer deren Interessen vertreten kann.

Eine Frist für die Vereinbarung der neuen Kalkulationssystematik verhindert die unendliche Protrahierung der Übergangsregelung des § 116b Abs. 6 Satz 8. Die differenzierte Abbildung des Behandlungsumfangs (Behandlungslast, -intensität und –notwendigkeit) entspricht der Behandlungsrealität in der Onkologie und sollte wie im (stationären) DRG-System unproblematisch zu berücksichtigen sein.

Zu § 116b Abs. 6 Satz 8

Der Investitionskostenabschlag muss regionale Unterschiede berücksichtigen. Der Investitionskostenabschlag ist in einen Fonds zu überweisen.

Änderungsvorschlag

§ 116b Abs. 6 Satz 8 wird wie folgt ergänzt

Nach dem Wort „Investitionskostenabschlag von“ ist das Wort „*mindestens*“ einzufügen.

nach § 116b Abs. 6 Satz 8 wird folgender Satz 9 eingefügt

„Der Investitionskostenabschlag von 5% kann durch Vereinbarung der Vertragspartner nach Satz 2 regional bis auf maximal 10% erhöht werden. Der Investitionsabschlag wird in einen Fond übergeleitet. Die Mittel dieses Fonds sollen zur Vermeidung von Fehlversorgung respektive Abbau von Unter- und Überversorgung in dem spezialfachärztlichen Bereich verwendet werden. Die Einzelheiten der Verwendung regeln die Vertragspartner nach Satz 2 in einer gesonderten Vereinbarung.“

Begründung

Geregelt ist ein einheitlicher 5%iger Investitionskostenabschlag der Krankenhäuser zugunsten der Krankenkassen. Da die Subventionierung der Krankenhäuser aus der öffentlichen Hand (Bundesland, Kommune, EU-Mittel) regional quantitativ erheblich variieren kann, muss der Investitionsabschlag regional veränderbar sein.

Der Investitionskostenabschlag bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern darf nicht preisverzerrend den Krankenkassen verbleiben, sondern soll in einen Fond übergeleitet werden. Die Mittel dieses Fonds können zur Vermeidung von Fehlversorgung respektive Abbau von Unter- und Überversorgung in dem spezialfachärztlichen Bereich verwendet werden.

Zu § 116b Abs. 6 Satz 8

Bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der berechenbaren Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung. Ebenso ist die Weitergeltung der bestehenden bundesmantelvertraglichen Vereinbarungen zu verankern.

Änderungsvorschlag

nach § 116b Abs. 6 Satz 8 werden folgende Sätze eingefügt:

„Bestehende bundesmantelvertragliche Vereinbarungen behalten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 ihre Gültigkeit. Die Vergütung erfolgt unmittelbar durch die Krankenkasse.“

Begründung

Die Vergütung aus der Onkologie-Vereinbarung (Anlage K 7 zu den Bundesmantelverträgen) ist bis zu einer Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 2 weiterhin zu zahlen.

Zu § 116b Abs. 6 Satz 9 und § 87 Abs. 5a

In § 87 Abs. 5a ist eine Beteiligung der Vertretung der an der spezialärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte vorzusehen.

Änderungsvorschlag

§ 87 Abs. 5a wird wie folgt neu gefasst:

„Bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der spezialärztlichen Versorgung nach § 116b ist der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 3 sowie der erweiterte Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 4 jeweils um drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft, jeweils um drei weitere Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und jeweils um drei Vertreter der Vertretung der an der spezialärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte zu ergänzen.“

Begründung

Die an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte sind mit den Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nicht mehr im KV- System. Daher ist nicht sichergestellt, dass die KBV immer deren Interessen vertreten kann.

Zu § 116b Abs. 6 Satz 10

In § 116b Abs. 6 Satz 10 ist eine Beteiligung der Vertretung der an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte an der Arbeitsgemeinschaft vorzusehen.

Änderungsvorschlag

§ 116b Abs. 6 Satz 10 wird wie folgt gefasst:

„Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft beauftragen.“

Nach § 116b Abs. 6 Satz 10 wird folgender Satz eingefügt:

„An der Arbeitsgemeinschaft sind die Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung, die Vertretung der an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte und die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu beteiligen.“

Begründung

Die Prüfung sollte in Anlehnung an § 106 SGB V nicht allein durch die Krankenkassen erfolgen. Sinnvoll wäre ein einheitliches Prüfungsgremium für die Prüfung der ärztlichen Leistungen und Verordnungen zu schaffen, z.B. die Prüfungsstellen. In jedem Fall ist die Vertretung der an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte zu beteiligen. Die an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte sind mit den Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nicht mehr im KV-System. Daher ist nicht sichergestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen immer deren Interessen vertreten können.

Zu § 91 Abs. 2 SGB V

In § 91 Abs. 2 ist zu verankern, dass an den Beschlüssen des GBA Vertreter der Vertretung der an der spezialärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte mit Stimmrecht teilnehmen.

Änderungsvorschlag

nach § 91 Abs. 2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt

„Richtlinien nach § 116b Abs. 3 sind in der Besetzung mit zwei weiteren Vertretern der Vertretung der an der spezialärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte zu beschließen.“

Begründung

Die an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte sind mit den Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nicht mehr im KV-System. Daher ist nicht sichergestellt, dass die KBV immer deren Interessen vertreten kann.

Ergänzende Regelungserfordernisse

Parenterale Zytostatikazubereitungen

Hier sind durch den Gesetzgeber einheitliche Marktbedingungen für den Bezug von parenteralen Zytostatikazubereitungen zu schaffen. Durch die 15. AMG-Novelle hat der Gesetzgeber zwar einen bedeutenden Schritt in Richtung der Angleichung der Preise für parenterale Zubereitungen in Offizin- und Krankenhausapotheken getan. Es ist jedoch anzunehmen, dass nicht alle Unterschiede in der Preisbildung für die entsprechenden Zytostatika-Zubereitungen beseitigt werden konnten. Wettbewerbsverzerrungen zwischen den beiden Versorgungsbereichen können die Folge sein.

Köln, den 24. Juni 2011