



# Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

zum Referentenentwurf für ein  
GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

---

# Inhalt

<b>A. VORBEMERKUNG</b>	<b>4</b>
<b>B. MAßNAHMEN DES GESETZES IM EINZELNEN</b>	<b>6</b>
<b>ARTIKEL 1 (ÄNDERUNGEN DES SGB V)</b>	<b>6</b>
Nr. 5 (§ 27b) Zweitmeinungsverfahren .....	6
Nr. 6 (§ 39 Abs. 1a neu) Entlassmanagement .....	7
Nr. 13 (§ 71 ) Selektivverträge .....	8
Nr. 14 (§ 73) Anspruch auf Zweitmeinung ist Teil der vertragsärztlichen Versorgung .....	9
Nr. 15 (Aufhebung § 73a) .....	10
Nr. 16 (§ 73b) .....	10
Nr. 17 (Aufhebung § 73c) .....	12
Nr. 18 (§ 75 ) .....	12
Nr. 18b (§ 75 Abs. 1b) ambulante Notfallversorgung .....	14
Nr. 19 (§ 75a) Erweiterung der Regelungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin .....	15
Nr. 21 (§ 79 Abs. 3a) Herstellung von Parität in den Vertreterversammlungen und getrennte Abstimmung nach Versorgungsbereichen für rein hausärztliche Belange und rein fachärztliche Belange .....	16
Nr. 22 (§ 79c) Einrichtung eines beratenden Fachausschusses für angestellte Ärzte in der Vertreterversammlung .....	17
Nr. 23 (§ 84) Arznei- und Heilmittelvereinbarung .....	18
Nr. 24 a.+ b.bb (§ 87) Bündelung der Zuständigkeit für bundeseinheitlich zu entscheidende Fragen zur Abrechnung von Sachleistungen .....	19
Nr. 24 b. aa (§ 87) Kontinuierliche Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf der Grundlage betriebswirtschaftlicher Daten zur Förderung der Honorargerechtigkeit .....	19
Nr. 24 c. aa (§ 87) MRSA-Vereinbarung in den EBM .....	19
Nr. 24 h (§ 87) Anrufung des Erweiterten Bewertungsausschusses .....	20
Nr. 24 i. (§ 87) Ausweitung der Frist für Beschlüsse des Bewertungsausschusses auf der Grundlage von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses .....	20
Nr. 24 c.dd. d. und e. (§ 87) Weiterentwicklung und angemessene Bewertung der im Bundesmantelvertrag festgelegten delegationsfähigen ärztlichen Leistungen im EBM .....	21
Nr. 25 (§ 87a) .....	21
Nr. 26a (§ 87b) Zur Stärkung der Rolle des Hausarztes mindern die jeweils aus dem anderen Leistungsbereich erbrachten Leistungen der Haus- und Fachärzte zukünftig nicht mehr den jeweils anderen Teil der Gesamtvergütung. ....	23

Nr. 26b (§ 87b) Verbindliche Förderung von Praxisnetzen .....	24
Nr. 26c (§ 87b) Veröffentlichung der Informationen über Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabes durch die KVen .....	24
Nr. 26d (§ 87b) Vorgaben der KBV für die Bereinigung im Rahmen der Honorarverteilung .....	24
Nr. 27 (§ 90) Ausweitung der Prüfung durch das Landesministerium auf die Entsperrung von Planungsbereichen durch den Landesausschuss.....	25
Nr. 28 (§ 92 Abs. 6a) Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien durch den GBA.....	25
Nr. 29 (§ 92a und § 92b) Innovationsfonds .....	26
Nr. 30 (§ 95) Medizinische Versorgungszentren.....	28
Nr. 30 b.aa (§ 95 Abs. 1a Satz 1) Gründung von MVZ durch Kommunen .....	29
Nr. 31 (§ 100 Abs. 2) Aussprechen von Zulassungsbeschränkungen in andern Planungsbereichen der KV, sofern drohende Unterversorgung festgestellt wurde .....	29
Nr. 33 a. aa (§ 103 Abs. 3a Satz 3) Ankauf von Praxen .....	30
Nr. 33 b. aa (§ 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 7) Sondertatbestände für die Auswahl für die Praxisnachfolge .....	30
Nr. 33 b. cc (§ 103 Abs. 4 Satz 10 neu) Zulassungsanträge von MVZ ohne konkreten Bewerber31	
Nr. 34 (§ 105 Abs. 1a Satz 1) Förderung der vertragsärztlichen Versorgung (Strukturfonds) ....	31
Nr. 35 (§ 106a) Anpassung der Abrechnungsprüfung für angestellte Ärzte .....	31
Nr. 36 (§ 106b) Aufhebung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Ersatz durch regionale Vereinbarungen .....	32
Nr. 40 (§ 116a) Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung.....	33
Nr. 41 (§ 116b) Spezialfachärztliche Versorgung .....	34
Nr. 41 b. (§ 116b Abs. 4 Satz 4) Anforderungen an die Qualitätssicherung .....	34
Nr. 41 c. (§ 116b Abs. 8) Bestandsschutz für Krankenhäuser mit „§ 116b-SGB V-(alt)-Verträgen“ .....	34
Nr. 42 (§ 117) Gesetzliche Ermächtigung von Hochschulambulanzen .....	35
Nr. 43 (§ 119b Abs. 3) Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen .....	36
Nr. 44 (§ 119c) Medizinische Behandlungszentren .....	36
Nr. 45 b (§ 120) Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen .....	37
Nr. 46 (§ 125 Abs. 1 Satz 4 Nr. 3a neu) Rahmenempfehlungen und Verträge Heilmittel.....	37
Nr. 52 (§ 137c Abs. 3 neu) Konkretisierung zum Verbotsvorbehalt .....	38
Nr. 53 (§ 137f ) Weiterentwicklung strukturierter Behandlungsprogramme.....	39
Nr. 54 (§ 137h neu) Frühe Nutzenbewertung für Medizinprodukte.....	40

---

Nr. 56 (§ 139b Abs. 5 neu) Vorschlagsrecht von Einzelpersonen .....	40
Nr. 57 „ Besondere Versorgung“ (Elfter Abschnitt Viertes Kapitel § 140a neu) .....	41
Nr. 71 (§ 299) .....	42
<b><u>ARTIKEL 2 (ÄNDERUNG DES SGB V)</u></b> .....	<b>44</b>
Nr. 2 (§ 106) Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	44
Nr. 3 (§ 106a) Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen .....	45
Nr. 4 (§ 106c) Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen ....	46
<b><u>ARTIKEL 9 (ÄNDERUNG DES KRANKENPFLEGESETZES)</u></b> .....	<b>47</b>
<b><u>ARTIKEL 13 (ÄNDERUNG DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE)</u></b> .....	<b>48</b>

## A. Vorbemerkung

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

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

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

Hierzu gehören insbesondere:

1. Es wird vielen Ärzten und Psychotherapeuten zukünftig verwehrt werden, ihre Praxis an einen Nachfolger ihrer Wahl zu übergeben, weil sie wegen rechnerischer Überversorgung in der Region zwangsweise „vom Netz genommen“ werden muss. Dies wird geschehen, obwohl die betreffende Praxis vielleicht gar nicht überzählig ist, weil sie viele Patienten aus der umliegenden Region versorgt. Und dies wird geschehen, obwohl vielleicht diese Praxis oder andere Praxen in der näheren Umgebung aufgrund eines festgestellten Sonderbedarfs einvernehmlich mit den Krankenkassen zugelassen wurden. Zudem existiert immer noch keine gerechte und rechtssichere Entschädigungsregelung.
2. In unterversorgten Regionen sowie von Unterversorgung bedrohten Regionen werden die Krankenhäuser obligatorisch für die ambulante Behandlung geöffnet. Und zwar ohne Rücksicht auf etwa vorhandene Praxen in der Nähe und ohne Rücksicht darauf, dass es im Krankenhaus keine Hausärzte gibt und auch dort grundversorgende Fachärzte immer weniger werden.
3. Es wird in Zukunft wieder dauerhaft bei der ungerechten Bevorzugung von Krankenhäusern bei der ambulanten Behandlung der hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bleiben.
4. Es wird den Kommunen ermöglicht, Medizinische Versorgungszentren zu errichten, ohne dass dies etwa auf unterversorgte Regionen beschränkt ist.
5. Es wird eine Regelung geschaffen, die die immer weniger werdenden niedergelassenen Fachärzte zwingt, bestimmte Wartezeiten der Patienten nicht zu überschreiten bzw. Termine anzubieten für Patienten, deren Wahl für ihren Arzt auf eine andere Kollegin oder einen anderen Kollegen gefallen ist, und damit nicht nur dirigistisch in das Arzt-Patienten-Verhältnis eingreift, sondern de facto auch die freie Arztwahl abschafft.

6. Künftig wird es ermöglicht werden, dass die Übertragung originär ärztlicher Leistungen auf nichtärztliche Gesundheitsberufe zur Patientenbehandlung ohne Letztverantwortung beim Arzt erleichtert wird.

Die KBV kann nicht erkennen, wie unter diesen Vorzeichen die Versorgung der Patientinnen und Patienten verstärkt werden kann, wenn die Niederlassung auf diese Weise unattraktiv gemacht wird. Zu diesen enttäuschenden Perspektiven tritt hinzu, dass – mit Ausnahme der Abschaffung der Richtgrößenprüfung bei Arznei- und Heilmitteln als Regelprüfung – keine Fortschritte hinsichtlich der Rahmenbedingungen erzielt werden konnten, die für die weitere Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrages für die ambulante vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung für KBV und KVen unabdingbar sind.

Hierzu gehören vor allem feste und kostendeckende Preise für ärztliche Leistungen und die endgültige Abschaffung der versorgungsfremden Mengensteuerung. An der Weiterführung des weitaus größten Teils der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen in der Form eines Honorarbudgets soll damit wohl auch zukünftig festgehalten werden. Gleichzeitig wird der Weg für Versorgungsstrukturen außerhalb des Kollektivvertrags weiter geebnet. Damit dürfte es auf absehbare Zeit nicht zu der erhofften Planungssicherheit für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten kommen.

Leider ist aber auch vom Bekenntnis der Freiberuflichkeit, wie zu Beginn des Koalitionsvertrages postuliert, wenig zu erkennen. Vielmehr ist eine deutliche Tendenz zu Eingriffen in die freiheitliche Ausübung des Arztberufs, zu einer erheblichen Erweiterung bürokratischer Vorgaben bis hin zu rechtlich fragwürdigen regulierenden Eingriffen in die Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung festzustellen. Der Weg zu einer systematischen Abkehr von selbstständigen freiberuflichen Strukturen und gleichzeitiger Bevorzugung von Angestelltenstrukturen sowie Strukturen der staatlichen Gesundheitsversorgung scheint damit vorgezeichnet. Die Wiederherstellung der diagnostischen und therapeutischen Freiheit und die Betonung des Primats der ambulanten medizinischen Betreuung durch Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten werden damit deutlich in den Hintergrund gerückt.

Die KBV appelliert an Politik und Gesetzgeber, die Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung nicht weiter zu verschlechtern. Zukünftig muss den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten wieder ermöglicht werden, die Sicherstellung der ambulanten Gesundheitsversorgung unter freiheitlichen Bedingungen auf der Basis einer funktionsfähigen Selbstverwaltung zum Schutze der Versicherten und Patienten wieder in vollem Umfang wahrzunehmen.

## B. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

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

### Artikel 1 (Änderungen des SGB V)

#### Nr. 5 (§ 27b) Zweitmeinungsverfahren

*In § 27b SGB V (neu) wird der Rechtsanspruch des Versicherten auf eine Zweitmeinung bei planbaren Eingriffen in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt. Erfasst werden sollen nach § 27b Abs. 1 Satz 1 SGB V (neu) insbesondere Eingriffe, die im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung die Gefahren einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen sind. Die Zweitmeinung soll dabei unabhängig durch einen anderen Arzt eingeholt werden, der nicht in der gleichen Einrichtung tätig ist, durch die der Eingriff durchgeführt werden soll. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält die Aufgabe, die planbaren Eingriffe, bei denen ein Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung besteht, zu bestimmen. Darüber hinaus soll der G-BA auch die eingriffsbezogenen Anforderungen an die Leistungserbringer festlegen, soweit dies erforderlich ist. Die Aufklärung hat in der Regel mindestens 10 Tage vor dem geplanten Eingriff zu erfolgen.*

#### KBV:

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

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

#### Nr. 24 c.dd. – e (§ 87 SGB V) Folgeänderung zu Nr.5

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

**KBV:**

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

**Nr. 6 (§ 39 Abs. 1a neu) Entlassmanagement**

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

*Das Krankenhaus muss nach § 39 Abs. 1a (neu) SGB V in einem Entlassplan die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen festlegen. Krankenhäuser erhalten ein eingeschränktes Verordnungsrecht der jeweils kleinsten Packung für Arzneimittel. Ferner können Leistungen wie häusliche Krankenpflege und Heilmittelversorgung für eine Dauer von maximal 7 Tagen verordnet werden. Das Krankenhaus kann Aufgaben des Entlassmanagements auch auf einen weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen. Die Rahmenvorgaben des gesamten Prozesses eines Entlassmanagements, sowohl die Aufgabenverteilung zwischen Krankenhaus, ggf. Vertragsarzt und Krankenkasse als auch deren Zusammenarbeit, werden auf Bundesebene in einer Rahmenvereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung geregelt. In diesem Vertrag ist auch das Nähere zum Verordnungsrecht der Krankenhäuser, insbesondere dessen Umfang, zu regeln.*

**Nr. 37 (§ 112) Folgeänderung zu Nr. 6 (§ 39 Abs. 1a neu) Entlassmanagement**

*Künftig ist das Nähere zum Entlassmanagement in einer dreiseitigen Vereinbarung zwischen Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu regeln. Daher ist eine Streichung des § 112 Abs. 2 Nr. 7 (Zweiseitige Verträge und Rahmenbedingungen über Krankenhausbehandlung) erforderlich.*

**Nr. 39 (§ 115) Folgeänderung zu Nr. 6 (§ 39 Abs. 1a neu) Entlassmanagement**

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



**KBV:**

Die KBV begrüßt grundsätzlich die geplanten Neuregelungen zum Entlassmanagement. Zur Verbesserung der Weiterversorgung der Versicherten insbesondere mit Arzneimitteln wäre es aus Sicht der KBV jedoch zielführender, wenn das Krankenhaus die Versorgung des Versicherten mit der benötigten Menge an Arzneimitteln für mindestens 3 Tage durch Mitgabe sicherstellen muss. Hierzu hat die KBV einen entsprechenden Gesetzgebungsvorschlag im Rahmen des geplanten eHealth-Gesetzes eingebracht.

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

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

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

Ein Rahmenvertrag zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der KBV und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, in dem insbesondere die Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen und die Ausgestaltung des Ordnungsrechts geregelt werden sollen, ist aus Sicht der KBV ebenfalls sinnvoll.

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

### **Nr. 13 (§ 71 ) Selektivverträge**

#### **a. Streichung Abs. 4 Sätze 2 - 4 = Vorlagepflicht entfällt**

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

**b. Streichung des Verweises auf § 73c**

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

**c. Absatz 6 (neu) = präventive Vertragsprüfung entfällt**

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

**KBV:**

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

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

**Nr. 14 (§ 73) Anspruch auf Zweitmeinung ist Teil der vertragsärztlichen Versorgung**

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

**KBV:**

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

**a. Verordnung von Heilmitteln, § 73 Abs. 8**

*Ab dem 01.08.2016 sollen Vertragsärzte in ihren PVS-Systemen nur solche Heilmittelverordnungssysteme verwenden, die die Regelungen der Heilmittel-Richtlinie enthalten und von der KBV zertifiziert sind.*

**KBV:**

Die KBV begrüßt die Neuregelung, da die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie derart vielfältig und komplex sind, dass die Einhaltung nur durch verbindliche Unterstützung der elektronischen Praxisverwaltungssysteme (PVS) sichergestellt werden kann. Einheitliche Vorgaben für alle PVS können den Arzt dabei unterstützen, den hohen Anforderungen an die korrekte Formularbedruckung gerecht zu werden. Für die technische Vorbereitung rechnet die KBV mit einer Frist von 9 Monaten, daher müssen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband bis zum 31.10.2015 die inhaltlichen Vorgaben vereinbart haben.

Mit der Zertifizierung der PVS für Heilmittel muss nach Auffassung der KBV auch der geänderten Grundlage der Wirtschaftlichkeitsprüfung Rechnung getragen werden (s. § 106b - neu). Hier sollten zukünftig daher auch die Neuregelungen der Wirtschaftlichkeitsziele nach bundesweiten und regionalen Vorgaben abgebildet werden. So wird sichergestellt, dass die Heilmittelversorgung vom einzelnen Arzt effektiv gesteuert werden kann. Darüber hinaus sollten die Vorgaben für Verordnungen über langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a und Praxisbesonderheiten in den PVS abgebildet werden. Durch eine solche Unterstützung wird unnötiger Aufwand für den verordnenden Arzt vermieden.

### *Nr. 15 (Aufhebung § 73a)*

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

#### **KBV:**

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

### *Nr. 16 (§ 73b)*

#### **a. aa + bb (§ 73b Änderungen S. 7 + S. 8)**

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

#### **b. (§ 73b Abs. 5 Satz 3) Leistungen, die nicht zur Regelversorgung zählen, können Gegenstand von Selektivverträgen sein**

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

#### **c. (§ 73b Abs. 7) Beseitigung von Hemmnissen bei den Regelungen zur Bereinigung der Gesamtvergütung**

*Den Gesamtvertragspartnern wird in § 73b Abs. 7 (neu) SGB V in Satz 2 vorgegeben, dass sie sich rechtzeitig über die Bereinigung bis zum vertraglich vereinbarten Startzeitpunkt der hausarztzentrierten Versorgung zu einigen haben. Ziel ist, zu vermeiden,*

*dass Versicherte aufgrund von Verzögerungen bei der Bereinigung bis zu mehrere Monate auf die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung warten müssen.*

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

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

#### **KBV:**

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

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

trages zu Lasten Dritter beinhalten, da die entsprechenden Kassenärztlichen Vereinigungen zueinander nicht in einem Vertretungsverhältnis stehen.

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

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

Anstelle der im Referentenentwurf vorgeschlagenen Regelung sollte eine Regelung eingefügt werden, die – wie dies auch im Koalitionsvertrag vereinbart wurde – eine echte Vereinfachung der Bereinigung mit sich bringt und demzufolge auch eine Erleichterung für die Vertragspartner der Bereinigungsverträge bedeutet. Eine solche Regelung sollte es dem Bewertungsausschuss ermöglichen, Vereinfachungen wie eine Komplettbereinigung vorzugeben, damit auch insofern Zahlungsflüsse und Verwaltungsabläufe erleichtert werden können.

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

### *Nr. 17 (Aufhebung § 73c)*

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

#### **KBV:**

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

### *Nr. 18 (§ 75 )*

- a. *Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen der unter Buchstabe b getroffenen Regelungen.*
- b. **(§ 75 Abs. 1a) Einrichtung von Terminservicestellen bei den KVen zur Terminvermittlung innerhalb von vier Wochen (siehe auch dazu Nr. 20 = §§ 75 Abs. 1a, 76 Abs. 1a und Nr. 45 = § 120 Abs. 1 Satz 1)**

*Die bislang in § 75 Abs. 1 Satz 2 erste Alternative SGB V verankerte Erstreckung des Sicherstellungsauftrages auf eine zeitnahe Zurverfügungstellung fachärztlicher Leistungen wird in diesem Referentenentwurf in § 75 Abs. 1b Satz 1 SGB V verschoben. Als konkrete Maßnahme zur Gewährleistung zeitnaher Facharzttermine werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten, die fakultativ in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden können. Diese Terminservicestellen haben die Aufgabe, grundsätzlich bei Vorliegen einer Überweisung einen Facharzttermin innerhalb von einer Woche zu vermitteln, der in einem Zeitraum von vier*

*Wochen stattfinden soll. Den Partnern des Bundesmantelvertrages wird die Regelungsbefugnis zum Nachweis des Vorliegens der Überweisung übertragen. Bei einer Inanspruchnahme von Kinderärzten, Augenärzten und Frauenärzten vermittelt die Terminservicestelle auch ohne Vorliegen einer Überweisung einen Facharzttermin. Die von den Terminservicestellen zur Verfügung gestellten fachärztlichen Termine finden bei zugelassenen oder ermächtigten Ärzten / Einrichtungen oder in Medizinischen Versorgungszentren statt. Hierbei muss die Entfernung zwischen dem Wohnort des Versicherten und dem Termin zumutbar sein, wobei die Zumutbarkeit der Entfernung, differenziert nach Arztgruppen, im Bundesmantelvertrag geregelt wird.*

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

**KBV:**

Die KBV lehnt eine gesetzliche Regelung zum Wartezeitenmanagement ab.

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

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

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

Vorzugswürdig wäre daher ein geeignetes Modell einer regionalen Selbstverwaltungslösung, das in eilbedürftigen Fällen nach medizinischen Erfordernissen eine zügige Behandlung bei einem Facharzt ermöglicht. Die Finanzierung sollte außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgen. Ein solches Managementverfahren innerhalb der etablierten Struktu-



ren würde zudem dazu beitragen, dass es von Ärzten und Patienten gleichermaßen akzeptiert werden kann.

Soweit der Gesetzgeber die Regelung beibehalten sollte, hält die KBV zumindest eine Rechtsgrundlage für notwendig, nach der die KVen die IT- und Telematikinfrastruktur der KBV nutzen können, die wie folgt lauten könnte: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen können im Rahmen der Terminvermittlung ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement einführen. Hierzu können sie die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelte IT- und Telematik-Infrastruktur nutzen.“ Zudem sollte die KBV in diesem Fall gesetzlich beauftragt werden, entsprechende Schnittstellen für Praxisverwaltungssysteme zu definieren und zu zertifizieren.

#### **Nr. 20 (§ 76 Abs. 1a) Folgeänderung zu § 75 Abs. 1 Satz 5 zur Einrichtung von Terminservicestellen**

*Der neue § 76 Abs. 1a ist eine Folgeänderung zu der in § 75 Abs. 1 Satz 5 getroffenen Regelung, mit der die künftig bei den Kassenärztlichen Vereinigungen einzurichtenden Terminservicestellen verpflichtet werden, dem Versicherten einen ambulanten Behandlungstermin in einem nach § 108 zugelassenen Krankenhaus anzubieten, wenn nicht rechtzeitig ein Behandlungstermin bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer vermittelt werden kann.*

*Diese Folgeregelung beinhaltet, dass Versicherte in diesem Fall auch zugelassene Krankenhäuser in Anspruch nehmen können, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Zudem soll die Inanspruchnahme auch weitere auf den Termin folgende notwendige Behandlungen umfassen, die dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern.*

#### **KBV:**

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

#### **Nr. 18b (§ 75 Abs. 1b) ambulante Notfallversorgung**

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

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

#### **KBV:**

Die Neuregelungen verpflichten die Kassenärztlichen Vereinigungen im Bereich des Notdienstes zur Kooperation mit weiteren Leistungserbringern oder Einrichtungen wie den Rettungsleitstellen der Länder. Dies lehnt die KBV ab. Nach der Gesetzesbegründung werden bestehende Kooperationen mit zugelassenen Krankenhäusern gestärkt. In Regionen, in de-

nen KVen noch nicht mit Krankenhäusern kooperieren, erhalten sie einen gesetzlichen Auftrag, im Rahmen der Organisation des vertragsärztlichen Notdienstes regelhaft mit Krankenhäusern zu kooperieren. Problematisch ist die Regelung dort, wo anderweitige gut funktionierende Notdienstvereinbarungen bestehen. Die KVen werden künftig begründen müssen, warum keine regelhafte Kooperation mit einem Krankenhaus besteht. Durch die Verschärfung der Regelungen von „können“ in „sollen“ wird der Ermessensspielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen deutlich reduziert. Die neuen Regelungen greifen zu stark in den regional sehr unterschiedlich ausgestalteten Notdienstvereinbarungen ein. Die bisherige „Kann“-Regelung ist daher ausreichend und sollte unverändert belassen werden.

Die Kooperation mit Rettungsleitstellen ist im Sinne der Schaffung von Schnittstellen (z. B. „warme“ Übergabe) seitens der 116117 heute bereits umgesetzt und müsste nun auch in der Richtung Rettungsleitstelle zu ärztlichem Bereitschaftsdienst flächendeckend eingerichtet werden. Eine Kooperation im Sinne von Zusammenlegungen der Leitstellenstruktur ist abzulehnen, erstens da der in einem solchen Fall aufwendiger zu organisierende Bereitschaftsdienst ein deutlich höheres Anrufvolumen aufweist als der Rettungsdienst und zweitens da hiermit die kostenintensive Rettungsleitstellenstruktur der Länder über hierfür bisher nicht vorhandene GKV-Gelder finanziert würde.

### *Nr. 19 (§ 75a) Erweiterung der Regelungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin*

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

*Im Rahmen dieser Erweiterung wird die Anzahl der bundesweit zu fördernden Weiterbildungsstellen von derzeit 5.000 Stellen um 50 % auf 7.500 Stellen erhöht. Die Selbstverwaltungspartner (KBV, GKV-SV und DKG) beschließen das Nähere der finanziellen Förderung in einer Fördervereinbarung. Die hälftige Finanzierung der Vergütung des Weiterzubildenden durch GKV und KV ist durch einen Zuschuss der Weiterbildungsstelle, also regelmäßig durch den weiterbildenden Vertragsarzt, auf das Niveau des stationären Bereichs anzuheben. Nur in unterversorgten Regionen soll eine höhere „Grundförderung“ vorgegeben werden. Die Fördervereinbarung muss schließlich einen finanziellen Ausgleichsmechanismus zwischen den KVen enthalten, der für den Fall etwa überproportional vieler Weiterbildungsstellen in einer KV-Region eine Entlastung zu Lasten der anderen KV-Regionen verbindlich vorsehen muss.*

#### **KBV:**

Die Neuregelung geht wichtige Schritte in die richtige Richtung. Die vorgeschlagenen Änderungen reichen aber längst nicht aus, um den zukünftigen Versorgungsbedarf an grundversorgenden Ärzten, seien es Hausärzte oder grundversorgende Fachärzte, zu decken.

Die Erhöhung der zu fördernden Weiterbildungsstellen auf 7.500 ist zwar grundsätzlich begrüßenswert. Dies wird jedoch ohne Einfluss auf die tatsächlichen Förderstellen bleiben, da es an einer entsprechenden Nachfrage fehlt. Die KBV bemängelt weiter, dass die Förderung der ambulanten Weiterbildung in weiteren grundversorgenden Fachgruppen in dem Referentenentwurf nicht vorgesehen ist.

Die Attraktivität der Weiterbildung in Allgemeinmedizin wird sich zudem auch deshalb nicht weiterentwickeln, weil die vergleichbare Vergütung mit dem stationären Bereich leider nicht von der hälftigen Finanzierung durch GKV und KV abgedeckt wird. Denn die hälftige Finanzierung durch GKV und KV bezieht sich nur auf die tatsächliche Höhe der Förderung. Diese ist jedoch Bestandteil der regionalen Verhandlungen und kann somit deutlich niedriger liegen,



als die tarifliche Vergütung für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung im Krankenhaus. Der in diesem Fall zur Aufstockung des Förderbetrages auf die tarifliche Krankenhausvergütung fehlende Vergütungsanteil muss von der Weiterbildungsstelle, also regelmäßig von dem niedergelassenen Vertragsarzt, aufgebracht werden. Dieser kann auf Grund des für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Prinzips des Facharztstatus die Ärztin bzw. den Arzt in Weiterbildung nicht zur Steigerung des Umsatzes einer Praxis einsetzen, so dass die von ihm zu leistende Aufstockung des Förderbetrages weitgehend unkompensiert bleibt. Damit würde die Förderung auch unter den mit dem Referentenentwurf des GKV-VSG vorgesehenen Bedingungen in vertragsärztlichen Praxen sowohl für die an einer hausärztlichen Tätigkeit interessierten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung als auch für die Weiterbildenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte unattraktiv bleiben.

Schließlich sind weitere strukturelle Unterstützungsmaßnahmen der ambulanten Weiterbildung, wie die strukturierte Weiterbildung in Verbänden, Schulungen usw., weiterhin lediglich durch befristete Projekte möglich, nicht jedoch durch dauerhafte Regelungen, wie dies durch entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen sichergestellt werden könnte. Das geplante Ausgleichsverfahren erschwert letztendlich die Umsetzung des Förderprogramms zusätzlich.

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

- Ausdehnung der derzeitigen ambulanten Förderung im Bereich der Weiterbildung Allgemeinmedizin auf alle Fachrichtungen
- Schaffung gleicher Vergütungen in der ambulanten wie in der stationären Weiterbildung ausschließlich im Rahmen der hälftigen Finanzierung der im vertragsärztlichen Bereich eingerichteten Förderstellen durch GKV und KV.
- Schaffung von nahtlosen Übergängen von Aus- und Weiterbildung, beginnend mit ambulanten Anteilen im Praktischen Jahr
- Sicherstellung bundesweiter Förderstandards, z. B. durch Weiterentwicklung der Infrastruktur für eine koordinierte Weiterbildung nach dem Vorbild bestehender Verbände, Koordinierungsstellen und Kompetenzzentren im Bereich der Allgemeinmedizin
- Mittelbereitstellung für die erforderliche Infrastruktur einer koordinierten Weiterbildung

### **Nr. 21 (§ 79 Abs. 3a) Herstellung von Parität in den Vertreterversammlungen und getrennte Abstimmung nach Versorgungsbereichen für rein hausärztliche Belange und rein fachärztliche Belange**

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

#### **KBV:**

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

Die Freiberuflichkeit der ärztlichen Berufsausübung wird insbesondere durch effiziente Strukturen der Selbstverwaltung der im ambulanten Versorgungsbereich tätigen Ärzte und Psychotherapeuten gesichert. Die KBV betrachtet daher mit großer Sorge die Absicht der Großen Koalition, die Strukturen dieser Selbstverwaltung nachhaltig zu ändern und einer Sektionierung Vorschub zu leisten. Denn dadurch verlieren die Körperschaften der KBV und der KVen

ihre gemeinsame Gestaltungskraft und können ihrer gemeinsamen Verantwortung für die Sicherstellung und Gewährleistung der freiberuflichen vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nicht mehr gerecht werden.

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

Hinsichtlich der Neuregelung ist darauf hinzuweisen, dass getrennte Abstimmungsverfahren nach Abstimmungsgegenständen schon nach geltendem Recht möglich sind. Für getrennte Abstimmungen nach den Kriterien der „rein hausärztlichen Belange“ sowie „rein fachärztlichen Belange“ hat die KBV bereits ein Verfahren auf der Ebene der Selbstverwaltung beschlossen. Sie hat nämlich durch KBV-Satzungsbeschluss vom 18./19.09.2014 einen Koordinierungsausschuss für ausschließlich hausärztliche und ausschließlich fachärztliche Angelegenheiten hierzu etabliert. Eine gesetzliche Regelung dieses Sachverhaltes ist daher überflüssig.

Die in der Neuregelung vorgesehene Stimmengewichtung zur Paritätsherstellung bei der Abstimmung in der Vertreterversammlung über gemeinsame Angelegenheiten dürfte legitimationsrechtlich in Bezug auf den Sinn und die Wahllegitimation aus dem Kreis der Mitglieder der Körperschaft verfassungsrechtlich problematisch sein. Jedenfalls greift sie tief in die Struktur der ärztlichen Selbstverwaltung ein und dürfte in der Abstimmungspraxis zu kompliziert zu handhaben sein.

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

### *Nr. 22 (§ 79c) Einrichtung eines beratenden Fachausschusses für angestellte Ärzte in der Vertreterversammlung*

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

#### **KBV:**

Die Anstellung spielt insbesondere auf die Vereinbarkeit der Familie und Beruf in der vertragsärztlichen Versorgung eine zunehmende Rolle. Die KBV begrüßt daher die Errichtung eines weiteren beratenden Fachausschusses, der den Interessen der angestellten Ärztinnen und Ärzte Rechnung trägt. Außerdem regt die KBV an, § 79b insofern zu ergänzen, dass die Vertreter der Ärzte in den beratenden Fachausschüssen für Psychotherapie überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte sein müssen. Durch die Zusammensetzung der beratenden Fachausschüsse für Psychotherapeuten aus ausschließlich (Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) und überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten steigert die Effizienz der Beratungstätigkeit dieser Fachausschüsse.

### *Nr. 23 (§ 84) Arznei- und Heilmittelvereinbarung*

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

#### **KBV:**

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

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

Wenig überzeugend in diesem Zusammenhang ist auch die Streichung der Regelungen zu den Praxisbesonderheiten für Heilmittel in § 84 Abs. 8 Sätze 3 bis 6 der derzeitigen Fassung. Gerade wenn der Gesetzgeber künftig eine regionalisierte Steuerung der Wirtschaftlichkeit der veranlassten Leistung gewährleisten will, kann es dennoch erforderlich bleiben, in Einzelbereichen Praxisbesonderheiten festzulegen, die von vornherein aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausscheiden. Dies ist vor allem im Zusammenhang mit Leistungen der Fall, die für chronisch kranke Versicherte erbracht werden und bei denen die Gefahr besteht, dass es zu einer Unterversorgung der gesetzlich Krankenversicherten kommt. Dies wurde vom Gesetzgeber beispielsweise auch im Zusammenhang mit dem langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a Satz 1 und mit den Praxisbesonderheiten gemäß § 130b Abs. 2 erkannt und über die geplante Formulierung in § 106b Abs. 4 (neu) und Abs. 5 (neu) umgesetzt.

Weiterhin erscheinen aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Konkretisierung der Datenlieferungen und eine Verbesserung der Datenqualität vor allem im Bereich der Heilmittel als erforderlich. Hierzu sollte über eine gesetzliche Klarstellung das bestehende Heilmittelinformationssystem beibehalten und erweitert werden. Dabei sollen vor allem die Angaben zu §§ 32 Abs. 1a und 84 Abs. 8 Sätze 3 bis 6 (alt) enthalten sein. Die konkreten Anforderungen an den Inhalt der Berichte soll künftig im Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) bestimmt werden. Nur so kann eine zielgerichtete Information durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie eine effektive und wirtschaftliche Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln durch die Vertragsärzte erreicht werden. Der Vorschlag des Referentenentwurfs zu § 84 sieht im Wesentlichen die Streichung derjenigen Regelungen vor, die der Ermittlung von Richtgrößen dienen. Wesentlicher Kern der Neuregelung ist dabei die Streichung des Absatzes 6, der bisher die Vereinbarung von Richtgrößen beinhaltet hatte sowie die Streichung von Regelungen, die der Ermöglichung der Richtgrößenprüfung dienen. Wei-

terhin sieht der Referentenentwurf die Streichung der Regelung zu den Praxisbesonderheiten für Heilmittel vor. Demgegenüber bleibt die Regelung zur Vereinbarung der Ausgabenvolumina sowohl im Bereich der regionalen Vertragspartner als auch im Bereich der Rahmenvereinbarungen optional erhalten.

### *Nr. 24 a.+ b.bb (§ 87) Bündelung der Zuständigkeit für bundeseinheitlich zu entscheidende Fragen zur Abrechnung von Sachleistungen*

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

#### **KBV:**

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

### *Nr. 24 b. aa (§ 87) Kontinuierliche Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf der Grundlage betriebswirtschaftlicher Daten zur Förderung der Honorargerechtigkeit*

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

#### **KBV:**

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

### *Nr. 24 c. aa (§ 87) MRSA-Vereinbarung in den EBM*

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

#### **KBV:**

Die KBV hält die Neuregelung für sachgerecht. Denn die Herausnahme der Fristen für die Aufnahme der bisherigen MRSA-Vereinbarung ist aufgrund der Erledigung herauszunehmen

und darüber hinaus das Gesetz an bereits geschaffene Tatbestände, dass der EBM einen entsprechenden Abschnitt enthält, angepasst worden.

### *Nr. 24 h (§ 87) Anrufung des Erweiterten Bewertungsausschusses*

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

#### **KBV:**

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

### *Nr. 24 i. (§ 87) Ausweitung der Frist für Beschlüsse des Bewertungsausschusses auf der Grundlage von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses*

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

#### **KBV:**

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



**Nr. 24 c.dd. d. und e. (§ 87) Weiterentwicklung und angemessene Bewertung der im Bundesmantelvertrag festgelegten delegationsfähigen ärztlichen Leistungen im EBM**

*Mit der Regelung in einem neuen Satz 8 in § 87 Abs. 2a SGB V wird der Bewertungsausschuss beauftragt, im Einheitlichen Bewertungsmaßstab flächendeckend eine versorgungsgerechte Vergütung von delegationsfähigen Leistungen vorzusehen, die nicht mehr ausschließlich für den hausärztlichen Versorgungsbereich gelten soll. Der EBM soll demnach eigene Gebührenordnungspositionen für alle in der Vereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrages gemäß § 28 Abs. 1 Satz 3 enthaltenen Leistungen vorsehen, die von den qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten erbracht werden. In Bezug auf die Vergütung dieser Leistungen liegt der Fokus in der Begründung dieser gesetzlichen Änderung auf dem Aspekt einer qualitätsorientierten und wirtschaftlichen Leistungserbringung.*

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

**KBV:**

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

**Nr. 25 (§ 87a)**

**a. Verlängerung der Evaluationsfrist der Verträge nach § 119b**

*Mit den Regelungen zur besonderen Formen der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen (§ 119b) wurde auch geregelt, dass bis Ende 2015 eine Evaluation der geschlossenen Verträge erfolgen solle.*

**KBV:**

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

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

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

*Die wesentlichen Bedingungen sind:*

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

**KBV:**

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

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

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

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

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

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

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

*Nr. 26a. (§ 87b) Zur Stärkung der Rolle des Hausarztes mindern die jeweils aus dem anderen Leistungsbereich erbrachten Leistungen der Haus- und Fachärzte zukünftig nicht mehr den jeweils anderen Teil der Gesamtvergütung.*

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

#### **KBV:**

Die KBV lehnt diese Neuregelung ab. Zwar soll die Regelung ausweislich der Begründung zu diesem Änderungsentwurf eine gesetzliche Klarstellung in Bezug auf die Trennung der Vergütungen darstellen. Hinsichtlich der Verwendung der Mittel aus den jeweiligen Vergütungstöpfen mag dies auch der Fall sein, ist aber per Definitionem der Töpfe bereits eindeutig. Im Hinblick auf den Zuschnitt der Töpfe, der durch die Trennungsvorgaben zu bestimmen ist, lässt die Regelung alles offen. Der Verweis auf die Laborleistungen zeigt, dass der Hinweis auf eine Integration des bisher als eigenen Vergütungsbereich vorgesehenen Topfes in die versorgungsbereichsspezifischen Töpfe zu sehen ist. Hierbei wird aber offen gelassen, welche Anteile in den jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Topf einzugehen haben. Insofern ist mit Bezug auf die Vorgaben zur Trennung die Regelung unklar und nicht zu begründen.

Darüber hinaus weist die Begründung auf eine Diskussion zu psychotherapeutischen Leistungen hin. Aufgrund der Ausdeklung dieses Bereiches ist dieser für die Trennung nicht mehr relevant. Hingegen müsste hier ein Verweis auf den neben den Laborleistungen eingerichteten Grundbetrag für den ärztlichen Bereitschaftsdienst erfolgen. Bisher ist im KBV-/KV-System die Diskussion lediglich zu den Laboruntersuchungen zu führen. Eine entsprechende Überprüfungsregelung ist in den KBV-Vorgaben enthalten. Zum ärztlichen Bereitschaftsdienst



ist derzeit keine Diskussion zu führen, da im KV-System die Vergütung dieses Bereichs als gemeinsame haus- und fachärztliche Aufgabe anerkannt ist. Auch aus diesem Grund ist die Ergänzung im Gesetzentwurf eher verwirrend als klarstellend.

### *Nr. 26b (§ 87b) Verbindliche Förderung von Praxisnetzen*

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

#### **KBV:**

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

### *Nr. 26c (§ 87b) Veröffentlichung der Informationen über Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabes durch die KVen*

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

#### **KBV:**

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

### *Nr. 26d (§ 87b) Vorgaben der KBV für die Bereinigung im Rahmen der Honorarverteilung*

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

#### **KBV:**

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

### *Nr. 27 (§ 90) Ausweitung der Prüfung durch das Landesministerium auf die Entsperrung von Planungsbereichen durch den Landesausschuss*

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

#### **KBV:**

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

### *Nr. 28 (§ 92 Abs. 6a) Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien durch den GBA*

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

#### **KBV:**

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

Die Frage der in der Gesetzesbegründung vorgeschlagenen Anzeigenpflicht für Kurzzeittherapie und Gruppentherapie wird kritisch gesehen, da die Psychotherapeuten durch Wegfall der Genehmigungspflicht dem Risiko der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgesetzt würden und damit das vom Gesetzgeber avisierte Ziel der Flexibilisierung sowie der Verbesserung des Zugangs zu einer zeitnahen Versorgung konterkariert würde.

Kritisch gewürdigt wird auch die Fristsetzung zum 30.06.2016, da sie ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber der Beratungstätigkeit der Selbstverwaltungsstrukturen ausdrückt. Zudem hat der GBA seit einiger Zeit mit den Beratungen zur Überarbeitung der Richtlinie schon in Eigeninitiative begonnen.

### *Nr. 29 (§ 92a und § 92b) Innovationsfonds*

#### **Zu § 92a Innovationsfonds:**

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

#### **KBV:**

Nach jahrelangem Festhalten am Wettbewerb als Instrument zur Identifikation von Innovationen wird erstmalig ein Sondervermögen angelegt, das gezielt für die Förderung von Innovationen in der Regelversorgung vorgesehen wird. Damit wird es künftig möglich sein, auch für Themenstellungen, die für Krankenkassen unattraktiv sind (z. B. echte Versorgungsthemen) Finanzierungsmöglichkeiten zu eröffnen. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Im Rahmen der Vertragswerkstatt sowie der AG Vertragskoordinierung werden durch die KBV heute im umschriebenen Maße Versorgungsinnovationen auf dem Wege des Selektivvertrages umgesetzt, wobei die KBV bzw. die AG Vertragskoordinierung bisher auf Schwierigkeiten im Hinblick auf mögliche Vertragspartner stößt, sofern es um „echte“ Versorgungsthemen geht.

Die Beschreibung der Förderungsfähigkeit in Satz 3 lässt mit der Formulierung „im Grunde nach“ Interpretationsspielraum, so dass auf diese Formulierung verzichtet werden sollte. Auch wenn die Priorität der Förderung von Koordinationsleistungen berechtigt sein mag, sind hier gerade auch Krankenbehandlungskosten denkbar, die eben nicht Gegenstand des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes oder anderer Vergütungssysteme sind. Dies sollte klargestellt werden.

Der Kreis der Antragsteller in Satz 5 sollte um die Kassenärztliche Bundesvereinigung erweitert werden, da hier auch bundesweite Vorhaben gefördert werden sollten und auch die Krankenkassen mit ihren Verbänden vertreten sind.

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

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

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

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

### **Zu § 92b: Innovationsausschuss**

*In § 92b werden die wesentlichen Vorgaben zur Errichtung des Innovationsausschusses beim G-BA zur neu einzurichtenden Geschäftsstelle des Innovationsausschusses sowie zu den weiteren Verfahren des Innovationsausschusses nebst der entsprechenden Ermächtigungsgrundlagen für das Vorgehen des Innovationsausschusses und der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses gemacht.*

*In Absatz 1 wird dabei die Einrichtung eines Innovationsausschusses beim G-BA geregelt. Mitglieder des Innovationsausschusses sollen drei Vertreter des GKV-Spitzenverbandes, drei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, jeweils ein Vertreter von DKG, KBV und KZBV sowie der unparteiische Vorsitzende des G-BA sein. Weiterhin ist ein Mitberatungs- und Antragsrecht der Patientenvertretung vorgegeben.*

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

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

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

**KBV:**

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

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

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

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

### *Nr. 30 (§ 95) Medizinische Versorgungszentren*

#### **a. aa. (§ 95 Abs. 1 Satz 2) Streichung „fachübergreifend“**

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

**KBV:**

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

***Nr. 30 b.aa (§ 95 Abs. 1a Satz 1) Gründung von MVZ durch Kommunen***

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

**KBV:**

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

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

Diese Neuregelung wird dazu führen, dass die Niederlassung Ärzten und Psychotherapeuten ein weiteres Mal systematisch unattraktiv gemacht wird.

***Nr. 31 (§ 100 Abs. 2) Aussprechen von Zulassungsbeschränkungen in andern Planungsbereichen der KV, sofern drohende Unterversorgung festgestellt wurde***

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

**KBV:**

Bislang wurde von der Möglichkeit, Bezirke einer KV-Region zu sperren, in der ein unterversorgter Bezirk vorliegt, kaum Gebrauch gemacht. Die Erweiterung dieser Möglichkeit auch auf Bezirke, für die eine drohende Unterversorgung festgestellt wurde, erscheint folgerichtig, wird jedoch aller Voraussicht nach ohne Wirkung bleiben. Denkbar wäre auch eine weitere Ergänzung der Regelung um Regionen für die ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde. Auch hier können Konstellationen entstehen, in denen die vorzeitige Sperrung anderer Planungsbereiche helfen würde, einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu beseitigen.



### *Nr. 33 a. aa (§ 103 Abs. 3a Satz 3) Ankauf von Praxen*

*Die gesetzlichen Vorgaben zum Abbau von Überversorgung durch den Ankauf von Arztpraxen werden von einer „Kann“ in einer „Soll“-Regelung überführt. Damit ordnet der Gesetzgeber die regelhafte Entschädigung von Zulassungsinhabern an, sofern diese ihre Zulassung in einem gesperrten Gebiet abgeben wollen.*

#### **KBV:**

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

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

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

Die KBV fordert, dass bei der Prüfung einer etwa fehlenden Erforderlichkeit „aus Versorgungsgründen“ zumindest die wirkliche Versorgungssituation zu berücksichtigen ist, wie insbesondere Mitversorgereffekte sowie die Existenz von Sonderbedarfszulassungen und deren Beitrag zur tatsächlichen Versorgung. Zudem sollte die Tatsache Berücksichtigung finden, dass gerade Sonderbedarfszulassungen einvernehmlich zwischen Krankenkassen und KV (Parität im Zulassungsausschuss!) aus Versorgungsgründen ausgesprochen wurden. Schließlich hält die KBV eine gerechte und rechtssicher ausgestaltete Entschädigungsregelung für den aufzukaufenden Arztsitz insbesondere wegen der Betroffenheit der einschlägigen Grundrechte (insbesondere Art. 12, 14 GG) für unabdingbar.

### *Nr. 33 b. aa (§ 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 7) Sondertatbestände für die Auswahl für die Praxisnachfolge*

*Schon in der Bedarfsplanungs-Richtlinie (§ 26 Abs. 4 Nr. 3 BPL-RL) ist angelegt, dass bei der Auswahlentscheidung eines Praxisnachfolgers Barrierefreiheit der Praxis ein Entscheidungs-*

*kriterium sein kann. Eine vergleichbare Regelung wird nun auch im § 103 SGB V aufgenommen.*

**KBV:**

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

***Nr. 33 b. cc (§ 103 Abs. 4 Satz 10 neu) Zulassungsanträge von MVZ ohne konkreten Bewerber***

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

**KBV:**

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

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

***Nr. 34 (§ 105 Abs. 1a Satz 1) Förderung der vertragsärztlichen Versorgung (Strukturfonds)***

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

**KBV:**

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

***Nr. 35 (§ 106a) Anpassung der Abrechnungsprüfung für angestellte Ärzte***

*Mit den vorgeschlagenen Änderungen werden, so wie derzeit bereits praktiziert, alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in die Abrechnungsprüfung*



einbezogen. Außerdem soll durch die Änderung eine Gleichbehandlung von Vertragsärzten und angestellten Ärzten in der Abrechnungsprüfung implementiert werden.

**KBV:**

Vor dem Hintergrund, dass bereits alle Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, in die Abrechnungsprüfung einfließen und Anstellungen im vertragsärztlichen Bereich zunehmen, werden die Regelungen begrüßt.

**Nr. 36 (§ 106b) Aufhebung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Ersatz durch regionale Vereinbarungen**

*Der Vorschlag zu § 106 b (neu) beinhaltet die Neustrukturierung der Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen treffen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen hierfür Vereinbarungen, in denen Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen in allen Bereichen ärztlich verordneter Leistungen (medizinische Rehabilitation, Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Krankentransport sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie) getroffen werden müssen. KBV und GKV-Spitzenverband vereinbaren Rahmenvorgaben für diese neue Form der regionalen Wirtschaftlichkeitsprüfungen, in denen Festlegungen von Mindeststandards, u. a. in welchem Umfang Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchgeführt werden sollen, erfolgen. Den Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen nicht: Verordnungen über langfristigen Heilmittelbedarf, Verordnungen von Arzneimitteln, für die entweder der Arzt einem Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 beigetreten ist oder für die im Rahmen der Erstattungsbetragsvereinbarung nach § 130b SGB V eine Regelung zur Anerkennung als Praxisbesonderheit getroffen wurden.*

**KBV:**

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

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

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

- Es bedarf einer Klarstellung, dass der Grundsatz „Beratung vor Regress“ beibehalten wird und die Beratung zum Regelinstrument der Steuerung veranlasster Leistungen weiterentwickelt wird. Eine weitere Maßnahme kann erst für den Prüfzeitraum nach einer erfolgten Beratung festgesetzt werden (hierzu s. auch Stellungnahme zu § 106 auf S. 40).
- In den regionalen Vereinbarungen sollen vorrangig Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Arznei- und Heilmittelverordnungen enthalten sein. Hierbei werden vorrangig Versorgungsziele bezüglich einer indikationsgerechten Wirkstoffauswahl und einer indikationsgerechten Heilmittelauswahl einschließlich der adäquaten Menge nach dem Heilmittelkatalog der Heilmittel-Richtlinie definiert.

- Für die übrigen Bereiche ärztlich verordneter Leistungen können in den regionalen Vereinbarungen nur dann Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen enthalten sein, wenn für diese Leistungen kein Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen gilt.
- Um eine bundesweit vergleichbare, qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten und einen Korridor für die evidenzbasierte und wirtschaftliche Verordnungsweise vorzugeben, werden KBV und GKV-SV im Zusammenhang mit den Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 (neu) beauftragt, einen Medikations- und Heilmittelkatalog zu vereinbaren. Den regionalen Vereinbarungspartnern wird die Möglichkeit eröffnet, andere vergleichbare oder zusätzliche Steuerungsinstrumente zu vereinbaren.
- Es sollte geregelt werden, dass bundesweit geltende Praxisbesonderheiten für Heilmittel, die um regionale Praxisbesonderheiten ergänzt werden können, nicht den Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen. Dies ist sachgerecht, um eine adäquate Versorgung der Versicherten mit besonderem Versorgungsbedarf zu gewährleisten und den Vertragsärzten in diesen Fällen Verordnungssicherheit zu geben.
- Darüber hinaus ist zu ergänzen, dass auch indikationsgerechte Verordnungen von Arzneimitteln mit einem Erstattungsbetrag nach § 130b keinen Einzelfallprüfungen unterliegen. In diesem Zusammenhang sollte auch in § 130b Abs. 1 eine Klarstellung erfolgen, dass der vereinbarte Erstattungsbetrag die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung herstellt.
- Die Neustrukturierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen setzt eine frühzeitige und sachgerechte Information und Beratung der Vertragsärzte über ihr Ordnungsverhalten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen voraus. Die Verfügbarkeit der entsprechenden Ordnungsdaten insbesondere im Heilmittelbereich ist daher sicherzustellen. Entsprechende Ergänzungen in §§ 84, 296 und 302 sind erforderlich.

### *Nr. 40 (§ 116a) Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung*

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

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

#### **KBV:**

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

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

Schließlich dürfte sich die Regelung nicht nur kontraproduktiv auf die Niederlassungswilligkeit von Ärzten in unterversorgten Regionen auswirken, sondern zudem Niederlassungen blockieren.

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

### *Nr. 41 (§ 116b) Spezialfachärztliche Versorgung*

#### **Nr. 41a. (§ 116b Abs. 2 Satz 6 neu) Auswirkung auf die Frist zur Erlangung der ASV-Berechtigung bei zusätzlich durch die Erweiterten Landesausschüsse angeforderte Informationen**

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

#### **KBV:**

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

### *Nr. 41 b. (§ 116b Abs. 4 Satz 4) Anforderungen an die Qualitätssicherung*

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

#### **KBV:**

Die KBV hält diese Neuregelung für sachgerecht zur Klarstellung des Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss zum Regelungsumfang.

### *Nr. 41 c. (§ 116b Abs. 8) Bestandsschutz für Krankenhäuser mit „§ 116b-SGB V-(alt)-Verträgen“*

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

#### **KBV:**

Die KBV sieht in der Neuregelung eine Perpetuierung der Berechtigung der Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach altem Recht bis 2011. Denn damit dürfen die Krankenhäuser diese Berechtigung unbeschränkt fortführen, die ihnen nach bisherigen Recht von den Ländern, das heißt von der zuständigen Landesbehörde, erteilt worden ist.

Die KBV lehnt diesen Vorschlag entschieden ab, da er der grundsätzlichen Intention der Neuregelung des § 116b SGB V als einer gleichberechtigten Teilnahme niedergelassener Ärzte und Krankenhäusern widerspricht. Vertragsärzte werden damit weiterhin erheblich schlechter gestellt. Zudem werden Teambildungen nachhaltig erschwert insbesondere bei onkologi-

schen Erkrankungen, die eine sektorenübergreifende Kooperation dringend erfordern. Die geforderte sektorenübergreifende Zusammenarbeit und die daraus verbesserte Versorgung schwerstkranker Patienten wird damit konterkariert.

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

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

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

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

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

### *Nr. 42 (§ 117) Gesetzliche Ermächtigung von Hochschulambulanzen*

*Die Teilnahme der Hochschulambulanzen an der vertragsärztlichen Versorgung zum Zwecke der Behandlung und Untersuchung gesetzlich Versicherter wird nunmehr kraft Gesetzes durch Änderung des § 117 auf Personen mit schweren und komplexen Krankheitsbildern ausgeweitet. In diesen Fällen bedarf es grundsätzlich einer Überweisung durch den Facharzt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, KBV und DKG erhalten den Auftrag, den genannten Personenkreis in einem dreiseitigen Vertrag näher zu bestimmen.*

#### **KBV:**

Die KBV lehnt die Neuregelung ab. Gerade in denjenigen Städten, in denen die Überversorgung am höchsten ist, in Universitätsstädten, sollen zusätzliche Versorgungskapazitäten

durch die Hochschulambulanzen zur Verfügung gestellt werden. Die Sinnhaftigkeit dieser Regelung erschließt sich nicht. Zwar wird durch den Überweisungsvorbehalt bei der Behandlung aufgrund von Art, Schwere und Komplexität der Krankheit eine gewisse Steuerungswirkung erwartet, die aber in der Praxis bereits heute gegeben ist.

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

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

Irritierend an dieser Regelung ist zudem, dass der Zulassungsausschuss in der Neuregelung komplett außen vor bleibt. Während der Zulassungsausschuss in der Vergangenheit die Pflicht zur Ermächtigung der Hochschulambulanzen (für Forschung und Lehre) hatte, werden diese nun direkt durch das Gesetz ermächtigt. Die gemeinsame Selbstverwaltung wird hier also in ihrer Kompetenz beschnitten und es wäre denkbar, dass den Zulassungs- und Landesausschüssen für die Versorgung einer Region relevante Informationen verloren gehen. Um dies zu verhindern, wäre eine entsprechende Regelung des Gesetzgebers erforderlich.

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

### *Nr. 43 (§ 119b Abs. 3) Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen*

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

#### **KBV:**

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

### *Nr. 44 (§ 119c) Medizinische Behandlungszentren*

*Mit der Neuregelung sollen medizinische Behandlungszentren ermächtigt werden, in denen Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen behandelt werden können. Analog der Regelung der sozialpädiatrischen Zentren geht der Ermächtigung*



*eine Bedarfsprüfung durch den Zulassungsausschuss voraus. Die Finanzierung wird weiterhin durch Direktverträge mit den Krankenkassen auf Landesebene geregelt werden.*

**KBV:**

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

Aus Sicht der KBV ist es daher erforderlich, diesen Bereich in ein Modell der Versorgungsebenen mit klarer Aufgabenzuweisung und Aufgabenbegrenzung zu integrieren. Leistungen solcher Institutsambulanzen, die sich auf besondere Verfahren oder spezifische Versorgungsaufträge für Patientengruppen beziehen, die nicht durch die vertragsärztliche Versorgung erbracht werden können, sollten deshalb Teil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b werden. Leistungen wiederum, die der vertragsärztlichen Versorgung entsprechen, sollten nur nach Bedarfsprüfung durch den paritätisch besetzten Zulassungsausschuss durchgeführt werden. Hierfür ist eine gesetzliche Klarstellung dringend erforderlich.

### *Nr. 45 b (§ 120) Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen*

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

**KBV:**

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

### *Nr. 46 (§ 125 Abs. 1 Satz 4 Nr. 3a neu) Rahmenempfehlungen und Verträge Heilmittel*

*Nr. 46 (§ 125 Abs. 1 Satz 4 Nr. 3a neu) Rahmenempfehlungen und Verträge Heilmittel*

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

**KBV:**

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

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

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

Davon abweichende Vorgaben können nicht Grundlage für die zwischen GKV-Spitzenverband und den Heilmittelerbringerverbänden zu schließenden „Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung“ sein.

***Nr. 52 (§ 137c Abs. 3 neu) Konkretisierung zum Verbotsvorbehalt***

*Der neu eingeführte Absatz 3 definiert für die stationäre Versorgung, dass solange keine Entscheidung des G-BA zu einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vorliegt, deren Anwendung voraussetzt, dass das Potenzial dieser Methode gegeben ist und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt. Die für die stationäre Versorgung weiterhin bestehende „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“, soll erhalten bleiben, wird aber durch die Formulierung des neuen Absatzes 3 konkretisiert. Hierdurch wird die Rechtsprechung des BSG nachvollzogen und die Möglichkeit der Krankenkassen eingeschränkt, mit Verweis auf einen nicht belegten Nutzen im Einzelfall stationäre Leistungen abzulehnen. Der Gesetzgeber strebt hierdurch eine Gleichstellung von Systementscheidungen und Einzelfallentscheidungen an.*

**KBV:**

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

kenkasse für eine Einzelfallentscheidung die gleichen Anforderungen auf, die auch der G-BA bei seinen Systementscheidungen zu berücksichtigen hat.

### *Nr. 53 (§ 137f ) Weiterentwicklung strukturierter Behandlungsprogramme*

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

#### **KBV:**

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

- Rheumatische Arthritis
- Chronische Herzinsuffizienz
- Osteoporose
- Rückenschmerz

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

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

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

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



### **Nr. 54 (§ 137h neu) Frühe Nutzenbewertung für Medizinprodukte**

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

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

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

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

#### **KBV:**

Diese geplante Vorschrift kann zumindest hinsichtlich der stationären Anwendung von Medizinprodukten der Risikoklassen IIb und III als eine Einschränkung des Verbotsvorbehalts betrachtet werden und wird von der KBV grundsätzlich begrüßt. Eine Einschränkung der ungeprüften Einführung von Methoden, wie sie häufig bei Medizinprodukten der Fall ist, erscheint gerade aus der Sicht der Patientensicherheit auch im stationären Sektor gerechtfertigt.

Das geplante aufwendige Verfahren wird erforderlich, weil es bisher kein nationales oder europäisches Zulassungsverfahren für Medizinprodukte höherer Risikoklassen gibt, wie es unlängst das Sachverständigenratsgutachten gefordert hatte. Hierzu müssten zukünftig noch weitere Anforderungskriterien für eine Zulassung definiert werden. Es ergeben sich auch weitere, noch zu klärende Fragen z. B. nach einem Patentschutz oder der Verpflichtung zur Durchführung von Studien.

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

### **Nr. 56 (§ 139b Abs. 5 neu) Vorschlagsrecht von Einzelpersonen**

*Ergänzend zu dem Antragsrecht zur Beauftragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (der den G-BA bildenden Institutionen, des BMG, der*

*für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sowie des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten) wird nun auch Versicherten und interessierten Einzelpersonen ein Vorschlagsrecht für Bewertungen eingeräumt. Dem IQWiG obliegt es, besonders bedeutsame Vorschläge für die Versorgung von Patientinnen und Patienten auszuwählen und zu bearbeiten.*

**KBV:**

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

**Nr. 57 „ Besondere Versorgung“ (Elfter Abschnitt Viertes Kapitel § 140a neu)**

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

**KBV:**

§ 140a neu wird von der KBV im Hinblick auf die neue optionale Beteiligung der KVen an Verträgen der integrierten Versorgung begrüßt. Die Regelung schafft einen flexiblen Gestaltungsspielraum für Versorgungsprogramme. Erstmals werden Kassenärztliche Vereinigungen an solchen Versorgungsformen beteiligt, was gerade im Hinblick auf die Pflegeheimversorgung eine sinnvolle Weiterentwicklung des Handlungsrahmens von KVen darstellt.

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

Darüber hinaus sollte klargestellt werden, dass die Neufassung des § 140a nicht dazu führen darf, dass die Krankenhäuser auch im rein ambulanten Bereich umfassend tätig werden dürfen. Auch künftig muss ihre Rolle auf Verträge beschränkt bleiben, die der Überwindung von Sektorengrenzen dienen und die eine Zusammenarbeit mit niedergelassenen Vertragsärzten voraussetzen. Daher ist in Abs. 3 letzter Satz klarzustellen, dass Krankenhäuser oder deren Träger nicht ohne Beteiligung der niedergelassenen Vertragsärzte besondere Versorgungsverträge abschließen dürfen, die ambulante Leistungen beinhalten.

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

Das Risiko der Kündigung bestehender § 73a und c Verträge in der Folge der Überführung in die neue Rechtsgrundlage ist zu begrenzen. Die Bereinigungsregelung ist abzulehnen.

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

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

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

### **Nr. 71 (§ 299)**

*§ 299 regelt den Umgang mit Daten für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 oder § 136 Abs. 2. Die vorgesehenen Änderungen legen Ausnahmetatbestände fest, um die Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu erleichtern bzw. weiterhin zu ermöglichen. Betroffen sind insbesondere Qualitätsprüfungen im Einzelfall durch Stichproben, ein wesentliches und seit langem etabliertes Verfahren zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung.*

#### **KBV:**

Die vorgesehenen Änderungen sind notwendig und werden begrüßt. Sie greifen die im Gemeinsamen Bundesausschuss abgestimmten Änderungsvorschläge weitgehend auf. Die Änderungen werden es ermöglichen, dass im Gemeinsamen Bundesausschuss Regelungen gefunden werden können, die eine zielführende Umsetzung von Qualitätsprüfungen durch Stichproben weiterhin gewährleisten können. Allerdings verbleiben ein methodisches und ein fachliches Problem.

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

Im Hinblick auf die in § 299 Abs. 1 vorgesehenen Ausnahmen von der Pseudonymisierungspflicht bleibt unberücksichtigt, dass es zu prüfende Leistungen oder Leistungsbereiche gibt, bei denen eine ordnungsgemäße Dokumentation versichertenbezogener Angaben selbst Gegenstand der Qualitätssicherung ist. Die KBV regt daher an, zu dem Katalog der Ausnahmen von

der Pseudonymisierungspflicht auch den Fall aufzunehmen, dass die ordnungsgemäße Dokumentation der versichertenbezogenen Daten Gegenstand der Qualitätssicherung ist.

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

## Artikel 2 (Änderung des SGB V)

### *Nr. 2 (§ 106) Wirtschaftlichkeitsprüfung*

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

*Absatz 1 ist die Einführungsnorm im engeren Sinn. Demnach haben die regionalen Gesamtvertragspartner Inhalt und Durchführung der Beratung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit durchzuführen und überwachen auf diese Weise die Wirtschaftlichkeit.*

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

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

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

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

#### **KBV:**

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

Trotz der positiven Grundtendenz sind in § 106 einige Regelungen enthalten, die aus vertragsärztlicher Sicht äußerst kritisch zu bewerten sind. Zuvorderst ist hier die Regelung des Abs. 3 zu Beratung vor Regress zu nennen. Die Regelung bleibt in ihrer Anknüpfung an § 106 Abs. 5 Satz 2 des bisherigen Rechts hinter der Regelung des § 106 Abs. 5e, der die Anwendung von Beratung vor Regress unmittelbar vorgegeben hatte, zurück. Insofern ist vor allem auch im Hinblick darauf, dass Regressierungen weiterhin als eines der größten Hemmnisse der Niederlassung von jungen Medizinerinnen und Medizinern gelten, hier anzuregen, dass Beratung vor Regress als unmittelbar geltender Grundsatz zu werten ist. Dies gilt vor allem deswegen, da die bisherige Regelung des § 106 Abs. 5 Satz 2 durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht so ausgelegt wurde, dass vor einem Regress zwingend eine Beratung stattzufinden hat.

Ebenfalls grundsätzlich kritisch zu sehen ist die Ermächtigung dazu, dass bei Zweifeln an der Richtigkeit der übermittelnden Daten die Wirtschaftlichkeitsprüfung weiterhin an Hand von hochgerechneten Stichproben erfolgen kann. Da die so für mögliche Sanktion gegen Ver-

tragsärzte ermittelte Grundlage mit nicht unerheblichen Unsicherheiten behaftet ist, empfiehlt sich eine Aufgabe der bisherigen Praxis.

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

### **Übergangsregelung bis 2017:**

#### § 106 des Gesetzesentwurfes in der Fassung bis zum 01.01.2017

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

### **KBV:**

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

### **Nr. 3 (§ 106a) Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen**

*Zum 01.01.2017 wird die Regelung des § 106a (neu) gefasst. § 106a (neu) soll dann die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen umfassen. Im Wesentlichen stellt die Regelung eine Übertragung des bisherigen Rechts in die neue Struktur der Wirtschaftlichkeitsprüfung dar.*

*In Absatz 1 sind Regelungen über Reichweite und zum Jahresbezug der Zufälligkeitsprüfung enthalten. Absatz 2 enthält im Wesentlichen Regeln des bisherigen § 106 Abs. 2a, also Beurteilungskriterien zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Absatz 3 entspricht der bisherigen Regelung des § 106 Abs. 3 und beinhaltet die Regelungskompetenz der KBV und des GKV-Spitzenverbandes für Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Zufälligkeitsprüfung.*

*Absatz 4 enthält eine Regelung dahingehend, dass die Richtlinie nach Absatz 3 verbindlicher Inhalt der Vereinbarung der Gesamtvertragspartner zur Wirtschaftlichkeitsprüfung ist. Weiterhin ist wie bisher auch vorgesehen, dass die Bildung von Stichprobengruppen abweichend von den Fachgebieten auch nach ausgewählten Leistungsmerkmalen vorgesehen werden kann. Weiterhin werden die regionalen Vertragspartner – wie auch bisher – dazu ermächtigt, über die Zufälligkeitsprüfung hinaus ärztliche Leistungen nach Durchschnittswerten oder anderen arztbezogenen Prüfungsarten zu vereinbaren.*



*Die Regelung des Absatzes 5 entspricht der bisherigen Regelung des § 106 Abs. 3a zu Schadensersatzpflichten bei unrichtigen AU-Bescheinigungen.*

**KBV:**

Insgesamt sind die in § 106a beinhaltenen Regelungen keine großen Neuerungen zum bisherigen Recht. In diesem Hinblick ist es nach Auffassung der KBV umso wichtiger, dass auch im Bereich der Zufälligkeitsprüfung die Geltung des Grundsatzes Beratung vor Regress angeordnet wird (vgl. hierzu Stellungnahme zu § 106 Abs. 3 der ab dem 01.01.2017 geltenden Fassung auf Seite 40).

Kritisch zu beurteilen ist weiterhin, dass die Definition der Zufälligkeitsprüfung in § 106 Abs. 1 Satz 3 dazu führen könnte, dass ärztliche Leistungen über die bisher in der Praxis durchgeführten Prüfungen hinaus zum Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung werden. Dies betrifft sowohl das Thema Krankenhauseinweisung als auch die sonstigen veranlassten Leistungen. Da die Krankenhauseinweisungen bereits Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 b (neu) sein können (siehe Verweis zu § 73 Abs. 2 Nr. 7), sind diese als Prüfkriterium der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen nach § 106 a (neu) auszuschließen. Darüber hinaus sollte klargestellt werden, dass sich die Zufälligkeitsprüfung bei „sonstigen veranlassten Leistungen“ auf veranlasste „ärztliche“ Leistungen und nicht auf veranlasste „verordnete“ Leistungen bezieht.

#### ***Nr. 4 (§ 106c) Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen***

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

**KBV:**

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

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

## Artikel 9 (Änderung des Krankenpflegegesetzes)

*Änderungen des § 4 des Krankenpflegegesetzes. Die Qualifikationsanforderungen für die Tätigkeit im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c werden von einer bisher grundständigen Ausbildung (mind. 3 Jahre) in eine „Zusatzausbildung“ abgewandelt. Der Erwerb der Zusatzqualifikation und die damit verbundene Teilnahme an §-63-Abs.-3c-Modellen steht nun allen Berufsangehörigen der Krankenpflege offen. Die Zuständigkeit verbleibt beim Bund. Neu ist die Möglichkeit des G-BAs, Standardmodule dafür zu entwickeln. Die Gestaltungsmöglichkeiten der Modellvorhabenpartner bleiben unverändert.*

### **KBV:**

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

Das Interesse der Kassenseite, den Kooperationsbereich Pflege/Ärztenschaft weiter zu definieren, wird aufgrund der beschriebenen Übertragung bisher ärztlicher Tätigkeiten auf die Krankenpflege als ausgeprägt eingeschätzt. Mit der Änderung in § 63 Abs. 1, wonach die Kassen Modellvorhaben nicht mehr in ihren Satzungen eintragen müssen, wird die Umsetzung von Modellen für die Kassenseite zusätzlich erleichtert. Darüber hinaus ergeben sich neue Finanzierungsoptionen durch den Innovationsfonds.

Mit den Änderungen können SGB-V-Akteure im G-BA über die Ausgestaltung der Ausbildungsmodule der Zusatzausbildung mitbestimmen und Standards setzen. Die Ausbildungsstandards können die spätere Versorgungspraxis prägen und Maßstäbe für die praktische Umsetzung der Kooperation zwischen Pflege und Ärzten setzen.

### **Empfehlung:**

Neben der Ausgestaltung der Zusatzqualifikation auf Basis konkreter Modelle eröffnet die Gesetzesänderung eine strukturierte Beteiligung über den G-BA. Auch wenn eine Beteiligung über den G-BA nicht per se das Mittel der Wahl darstellt, wird damit ein grundsätzliches Mitspracherecht eröffnet, das bisher nicht vorhanden war.

Sofern eine Mitwirkung der Ärzteschaft strategisch gewünscht ist, ist im Rahmen der Beteiligung der Ärzteschaft im G-BA über eine „Soll-Regelung“ anstelle der derzeitigen „Kann-Regelung“ zu diskutieren.

## Artikel 13 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

### *Anpassung der Zulassungsverordnung:*

1. *zur Verlegung der Tätigkeit angestellter Ärzte analog zur Regelung für zugelassene Ärzte,*
2. *zur Schaffung der Möglichkeit der Vertretung von angestellten Ärzten sowie*
3. *zur Anpassung der Gebührenregelungen*

### **KBV:**

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

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

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

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



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Stabsabteilung Politik  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin

Tel.: (030) 4005 - 0  
[www.kbv.de](http://www.kbv.de)

Stand: 07.11.2014

---