

Alles Gute.



**Eckpunktepapier des Bundesministeriums für
Gesundheit zum Versorgungsgesetz vom 08. April 2011**

**Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-
Württemberg (KVBW)**

Stand: 11. Mai 2011

Dr. Norbert Metke, Dr. Johannes Fechner
Susanne Lilie, Kai Sonntag

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	Seite 3
Überblick	Seite 4
Stellungnahme zu den einzelnen Punkten	
I. Bedarfsplanung	Seite 6
II. Ausbau der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung	Seite 9
III. Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten	Seite 12
IV. Verbesserung der erlebten Versorgungsrealität der Patientinnen und Patienten	Seite 13
V. Medizinische Versorgungszentren	Seite 15
VI. Ambulante spezialärztliche Versorgung	Seite 16
VII. Honorarreform	Seite 17
VIII. Innovative Behandlungsmethoden	Seite 17
IX. GBA-Strukturen	Seite 18
X. Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung	Seite 18
XI. Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfung	Seite 18
XII. Verbot der Zuweisung gegen Entgelt	Seite 19
Anlagen:	
Vorschlag zur Änderung des § 106 SGB V	Seite 20
Vorschlag zur Ergänzung des § 115 SGB V	Seite 22
Regionalisierung des Vergütungssystems – Forderungen der KVBW	Seite 24

Vorwort

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg begrüßt es, dass die Politik erkannt hat, dass die ambulante medizinische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland gefährdet ist und der Gesetzgeber durch entsprechende gesetzgeberische Maßnahmen gegensteuern muss. In dem Papier sind viele wichtige Punkte enthalten. Umso erfreulicher ist es, dass sowohl der niedergelassene Arzt in seiner weisungsungebundenen freiberuflichen Tätigkeit als auch die Gatekeeper-Funktion im System von Haus- und Fachärzten ausdrücklich anerkannt wird.

In dem Papier sind eine Vielzahl von Umstrukturierungsvorschlägen, vor allem in Bezug auf die Bedarfsplanung enthalten. Das BMG folgt damit entsprechender Forderungen der Länder aber auch der KBV. Die KVBW begrüßt eine Flexibilisierung der Bedarfsplanung, warnt jedoch davor, sich davon viel zu versprechen in Bezug auf die Aufrechterhaltung der Versorgung vor allem auf dem Land.

- Durch eine Änderung der Bedarfsplanung kommt kein einziger zusätzlicher Arzt in das System, die Niederlassung wird dadurch nicht attraktiver
- Die Bedarfsplanung ist als Steuerungsinstrument eingeführt worden, um die Zahl der Ärzte zu begrenzen. Als Steuerungsinstrument, um mehr Ärzte zur Niederlassung zu motivieren, ist sie zu hinterfragen
- Hauptgrund für die Zurückhaltung der jungen Ärzte sich niederzulassen ist insbesondere die fehlende finanzielle Planungssicherheit. Daran ändert auch eine überarbeitete Bedarfsplanung nichts

Überblick



Die KVBW begrüßt...

- die Forderung nach einer **stärkeren Regionalisierung der Vergütung**
- den Grundsatz von „**Beratung vor Regress**“
- einen **Feststellungsanspruch** der Ärzte im Rahmen der Praxisbesonderheiten
- die **Vereinbarung vorab anzuerkennender Praxisbesonderheiten**
- die vorgesehenen Maßnahmen in Bezug auf die **MVZ**, mit denen die niedergelassenen Ärzte gestärkt werden und die ambulante Versorgung nicht vorrangig der Renditeoptimierung dienen darf
- die Flexibilisierung der Bedarfsplanung



Die KVBW lehnt ab...

- alle Forderungen, Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung aus der **Gesamtvergütung** zu finanzieren (Strukturfonds, Aufkauf von Arztsitzen, etc.)
- Alle Maßnahmen, die eine **Niederlassung begrenzen** oder **Übernahme einer Praxis erschweren** (Befristung von Niederlassung, Auswahl der Praxisnachfolger etc.)
- Insbesondere eine Verschiebung der Versorgung vom **ambulanten in den stationären** Bereich (Entlassmanagement etc.)
- die Einrichtung einer **dritten Leistungsebene (Spezialärztliche Versorgung)**. Die derzeit vorhandene Arbeitsteilung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich für diese kleine Gruppe an Patienten funktioniert einwandfrei. Die im Eckpunktepapier vorgesehene Regelung würde ein Übermaß an neuer Bürokratie mit sich bringen, die auf diese Leistungen ausgerichteten Praxen gefährden und keine Verbesserung der Versorgung ergeben. Sie geht mit einer Öffnung des Krankenhauses in ungleicher Konkurrenz zu niedergelassenen Strukturen einher



Die KVBW fordert...

- Einer **Ausweitung der Zahl von Arztsitzen** (etwa durch sozio-demografische Faktoren in der Bedarfsplanung oder Sonderbedarfzulassungen) muss eine entsprechende **Erhöhung der Gesamtvergütung folgen**
- Die Trennung in einen haus- und fachärztlichen Vergütung Topf muss erweitert werden um einen **Topf für die psychotherapeutische Versorgung**
- eine **Änderung der Stimmengewichtung** in der KBV-Vertreterversammlung, mit der die tatsächlichen Mitgliederzahlen zwischen den KVen widerspiegelt werden
- **feste Vergütungsbestandteile** in der Honorierung nach und nach einzuführen. Daraus folgt **Planbarkeit** und ein erwünschtes Mehr an Attraktivität des ärztlichen Berufes

- eine Änderung des § 106 SGB V, wonach eine **Klage gegen einen Regress** grundsätzlich **aufschiebende Wirkung** haben soll
- eine Änderung des § 115 SGB V, wonach der niedergelassene Arzt **im Auftrag und zu Lasten des Krankenhauses für dieses Leistungen** in seiner Praxis erbringen darf
- die Flexibilisierung der Mengenbegrenzungen bei Haus- und Fachärzten zum Erreichen zumutbarer **Wartezeiten bei Haus- und insbesondere bei Fachärzten**
- Eine **eindeutige Regelung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und medizinischen Sekundärberufen** durch Verträge zwischen den KVen und den Krankenkassen. Eine Zuweisung gegen Entgelt ohne adäquate Eigenleistung durch Ärzte lehnen wir ab

Eckpunktepapier zum geplanten Versorgungsgesetz des Bundes- ministeriums für Gesundheit vom 8. April 2011

Stellungnahme der KVBW zu den einzelnen Positionen

I. Bedarfsplanung

1.1. Flexibilisierung der Planungsbereiche

Forderung des BMG	Stellungnahme KVBW
Der G-BA soll die Möglichkeit erhalten, die Planungsbezirke neu zu strukturieren, hier auch zwischen einer haus- und einer fachärztlichen und spezialisiert fachärztlichen Versorgung zu differenzieren.	 sofern keine zusätzliche Intransparenz des Zulassungsverfahrens

1.2. Anpassung der Verhältniszahlen / Berücksichtigung Demografiefaktor

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Die Verhältniszahlen sollen künftig nicht mehr stichtagsbezogen, sondern allein nach sachgerechten Kriterien erfolgen. Das betrifft sowohl die Demografie, als auch die Sozialstruktur der Bevölkerung, die räumliche Ordnung sowie die vorhandenen Versorgungsstrukturen.	 sofern - keine zusätzliche Intransparenz des Zulassungsverfahrens - mit der Ausweisung neuer Arztsitze die Gesamtvergütung analog erhöht wird, da sonst die Vergütung der einzelnen Ärzte sinkt

1.3 Einbeziehung von Krankenhausärzten in die Bedarfsplanung

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Krankenhausärzte oder Ärzte in ähnlichen Einrichtungen, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen, sollen künftig in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden.	 Krankenhausärzte sind nur in einem kleinen, speziellen Teil der Versorgung tätig und damit keine Vollversorger eines Fachgebietes. Da die Bedarfsplanung hier aber nicht unterscheidet, würde das Bild verzerrt und weniger Kapazitäten für Vollversorger zur Folge haben.

1.4 Erweiterung der Möglichkeit für Sonderbedarfszulassungen

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Die bereits bestehende Möglichkeit von Sonderbedarfszulassungen bei lokalem Versorgungsbedarf soll ausgeweitet werden.	 ausschließlich, wenn mit der dadurch entstehenden Ausweitung der Arztsitze die Gesamtvergütung analog erhöht wird, da ansonsten die Vergütung jedes einzelnen Arztes sinkt

1.5 Stärkung der Einwirkungsmöglichkeiten der Länder

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
- Mitberatung der Länder bei den Beratungen des G-BA - Beanstandungs- und Ersatzvornahmerecht der Länder in den Landesausschüssen zur Bedarfsplanung - Ausweitung des Gestaltungsspielraums der regionalen Gremien - Länder erhalten Rechtsaufsicht über die Landesausschüsse zur Bedarfsplanung - Länder können sektorübergreifendes Gremium zur Bedarfsplanung einrichten, das aber lediglich Empfehlungscharakter hat	  Führt dies zu einer Ausweitung der Arztsitze, muss im Gesetz festgeschrieben werden, dass dann auch die Gesamtvergütung erhöht wird.    Kosten-Nutzen-Relation ist zu hinterfragen

1.6 Förderung der Verzichts auf Zulassung in überversorgten Gebieten

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Die KVen sollen erweiterte Möglichkeiten erhalten, den freiwilligen Verzicht in überversorgten Gebieten finanziell zu fördern. Ausdrücklich erwähnt wird, dass der Aufkauf von Praxen durch die KVen aus deren Mitteln zu finanzieren ist	 - In Zeiten eines Ärztemangels ist jede Praxis zur Aufrechterhaltung der Versorgung erforderlich - Bei der Definition der Überversorgung ist das Problem der Pendler in die Großstädte nicht berücksichtigt (z.B. Stuttgart über 200.000 Personen pro Tag!) - Keine Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherstellung aus der Gesamtvergütung der Ärzte, die damit von ihnen selbst zu bezahlen wären

- Die KVen sollen ein Vorkaufsrecht bei der Nachbesetzung von Praxen in überversorgten Gebieten haben - Den Zulassungsausschüssen soll die Möglichkeit gegeben werden, Zulassungen nur noch befristet abzugeben in Planungsbezirken mit einem Versorgungsgrad von >100%	 Keine Notwendigkeit  - Verstärkt zusätzlich die fehlende Planungssicherheit und damit den Ärztemangel - Hohes Investitionsrisiko für die Ärzte wird nicht abgebildet - Verringert die Attraktivität der Niederlassung und ist damit realitätsfremd
--	--

1.7 Anpassung der gesetzlichen Vorgaben zur Auswahl des Praxisnachfolgers

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
- Die Zulassungsausschüsse sollen künftig Bewerber besonders berücksichtigen, die bereit sind, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen, etwa die Bereitschaft, neben einer Tätigkeit in einem überversorgten Gebiet auch in einem unterversorgten Gebiet sich an der Versorgung zu beteiligen oder bestimmte Teile des Leistungsspektrums der betreffenden Facharztgruppe anzubieten - Eingetragene Lebenspartner werden mit Ehegatten bei der Nachbesetzung gleichgestellt - Der Zulassungsausschuss soll bei der Nachbesetzung von ausgeschriebenen Vertragsarztsitzen in überversorgten Gebieten künftig Bewerber berücksichtigen, die vorher für einen bestimmten Zeitraum in einem unterversorgten Gebiet tätig gewesen sind	  

1.8 Anpassung der Regelungen zur Verlegung eines Vertragsarztsitzes

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Ein Vertragsarztsitz kann nur noch dann verlegt werden, wenn Gründe der Versorgung dem nicht entgegenstehen. Diese Regelung gilt auch für MVZ.	 Nach der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (§ 24) ist bereits heute die Verlegung eines Vertragsarztsitzes zu

	untersagen, wenn Gründe der Versorgung entgegenstehen. Diese Regelung hier ist eine Ausweitung, wonach es künftig auch untersagt werden kann, wenn ein Arzt seine Zulassung zurückgibt und sich gleichzeitig in einem MVZ anstellen lässt.
--	--

II. Ausbau der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung

2.1 Weiterentwicklung der Regelungen zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens von Vertragsärzten über Vergütungsanreize

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
• Alle Leistungen von Ärzten in strukturschwachen (vor allem unterversorgten) Gebieten werden grundsätzlich von der Abstufung ausgenommen. • Die regionalen Vertragspartner erhalten die Option, Preiszuschläge für Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, (z.B. mit erhöhter Versorgungsqualität) zu vereinbaren • Verzicht auf Sicherstellungszu- und -abschläge • Einrichtung eines Strukturfonds	 sofern • dies nur zum Ausgleich einer Abnahme der Arztdichte erfolgt • die KVen dies individuell nach den örtlichen Gegebenheiten entscheiden können    Keine Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherstellung aus der Gesamtvergütung, die damit von den Ärzten selbst zu bezahlen wären

2.2 Ermächtigung von Krankenhausärzten bei lokalem Bedarf und von Ärzten aus Rehabilitationseinrichtungen

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
• Bisher können Krankenhäuser ermächtigt werden, wenn Unterversorgung festgestellt wird. Künftig soll dies auch möglich sein, wenn ein lokaler Sonderbedarf festgestellt wird	

Ermächtigungen sollen künftig auch für Ärzte aus Rehabilitationseinrichtungen möglich sein	 sofern Facharztqualifikation vorliegt; was jedoch für den Bereich der Allgemeinmedizin nur selten der Fall ist
--	--

2.3 Sektorenübergreifende Organisation des ärztlichen Notfalldienstes

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Den KVen soll es weiterhin ausdrücklich möglich sein, Kooperationen mit Krankenhäusern zur Organisation des Notfalldienstes einzugehen.	  Angemessene Vergütung des Notfalldienstes, insbesondere die Finanzierung einer Besuchsbereitschaftspauschale

2.4 Verbesserung der Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch KVen

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Die Möglichkeiten sollen ausgeweitet werden, wobei klar ist, dass die dort erbrachten Leistungen aus der Gesamtvergütung und nicht aus den Verwaltungskosten der KVen zu bezahlen sind.	 sofern es für die KVen lediglich eine Option ist und sie nicht zum Betrieb von Eigeneinrichtungen verpflichtet werden

2.5 Möglichkeit des Betriebs von Eigeneinrichtungen durch kommunale Träger

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Kommunale Träger sollen Eigeneinrichtungen betreiben dürfen, wenn sich in unterversorgten Gebieten kein Arzt findet und auch die KVen die Versorgung nicht sicherstellen können.	

2.6 Aufhebung der Residenzpflicht

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Die Residenzpflicht wird grundsätzlich auch in nicht unterversorgten Regionen aufgehoben, wobei der Notfalldienst nicht gefährdet sein darf	

2.7 Ausbau mobiler Versorgungskonzepte

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
• Erleichterung der Gründung von Zweigpraxen • Lockerung der zeitlichen Grenzen von Nebenbeschäftigungen	 

2.8 Delegation ärztlicher Leistungen

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Die Partner des Bundesmantelvertrages sollen eine Liste delegationsfähiger Leistungen erarbeiten, die dann in Modellversuchen erprobt werden sollen.	 sofern die Verantwortung weiterhin beim Arzt bleibt. Alles andere würde nur zu neuen Schnittstellen führen

2.9 Ausbau der Telemedizin

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Telemedizin soll wichtiger Bestandteil der ärztlichen Versorgung werden. Der Bewertungsausschuss soll festlegen, in welchem Umfang ärztliche Leistungen ambulant telemedizinisch erbracht werden können und wie in Folge der EBM anzupassen ist.	

2.10 Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
• Möglichkeit von Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung vertreten zu lassen, wird von sechs auf zwölf Monate verlängert • Möglichkeit für die Beschäftigung von Entlastungsassistenten für die Kindererziehung wird für bis zu 36 Monate geschaffen, die nicht zusammenhängend genommen werden müssen. Eröffnet wird ebenfalls die Möglichkeit zur Beschäftigung von Entlastungsassistenten für die Pflege von Angehörigen für sechs Monate. Die KVen können diese Zeiträume zudem verlängern	 

• Kindererziehungs- und Pflegezeiten, durch die die ärztliche Tätigkeit unterbrochen wurde, werden bei der Auswahlentscheidung für die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem gesperrten Bereich fiktiv berücksichtigt	
---	---

III. Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten

3.1 Erhöhung der Studienplatzzahlen

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Eine größere Zahl an Studienplätzen für Medizin soll bereitgestellt werden.	

3.2 Auswahlverfahren zum Medizinstudium

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Vorgesehen ist eine Abkehr von der Abiturnote als maßgeblichem Zulassungskriterium zum Studium. Stattdessen sollen einschlägige Berufsausbildungen wie Freiwilliges Soziales Jahr, Test für medizinische Studiengänge o.ä. stärker berücksichtigt werden.	

3.3 Landärzteförderung

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Gefordert wird eine Vorabquote von 3 bis 5% für künftige Landärzte, die bereit sind, sich freiwillig zu verpflichten, nach Abschluss ihrer Ausbildung in unterversorgten Gebieten ambulant tätig zu werden.	

3.4 Nachwuchsförderung

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Die KVen sollen Studenten Stipendien geben können, wenn sie sich verpflichten, nach dem Studium wohnortnah/hausärztlich tätig zu werden.	 sofern dies eine Option bleibt, denn die Förderung der Berufsausbildung ist grundsätzlich eine gesellschaftliche Aufgabe

	spezifischer Heilmittel (z. B. Fango und Massage, KG und Schlingentisch etc.) ersetzen, da vorabterminierte Kombinationen keine verlaufsadäquate Anpassung der Heilmitteltherapie ermöglichen.
--	--

4.2 Wartezeit auf einen Facharzttermin

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Zum einen sollen die KVen verpflichtet werden, kurze Wartezeiten bei den Vertragsärzten einzufordern. Zum anderen sollen die Krankenkassen die Möglichkeiten zur Versichertenbetreuung verstärkt nutzen.	 Planwirtschaftlicher Ansatz, der das Problem nicht löst  Ansatz ist alleine die Flexibilisierung der Mengenbegrenzung bei Fachärzten, da diese den einzigen Grund für die teilweise langen Wartezeiten bei Fachärzten darstellt

4.3 Verbessertes Entlassmanagement

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Die Krankenhäuser werden aufgefordert, ein Versorgungsmanagement nach der Entlassung anzubieten.	 • Positiv, dass die Krankenhäuser dazu verpflichtet werden, den Patienten ein Entlassmanagement anzubieten • Davon zu unterscheiden ist die poststationäre Versorgung, die Aufgabe der niedergelassenen Ärzte bleiben muss • Die niedergelassenen Ärzte kennen alleine das sozioökonomische Umfeld des Patienten • Die Patienten wünschen die individuelle Versorgung im Gegensatz zur anonymen Behandlung in den Krankenhäusern • Die Krankenhäuser können keine Hausbesuche vornehmen, die in der poststationären Behandlung wichtig sind • Die niedergelassenen Ärzte können die poststationäre Behandlung wesentlich kostengünstiger durchführen • Die poststationäre Versorgung darf

	nicht unter die Gesamtvergütung fallen und muss daher zusätzlich vergütet werden.  In diesem Zusammenhang fordert die KVBW eine Änderung des § 115 SGB V, wonach der niedergelassene Arzt künftig im Auftrag und zu Lasten des Krankenhauses für diese Leistungen in seiner Praxis erbringen kann. (Konkreter Textvorschlag siehe Anhang)
--	--

V. Medizinische Versorgungszentren

5.1 Beschränkung der MVZ-Gründungsberechtigung auf Vertragsärzte und Krankenhäuser

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Bislang können auch andere Leistungserbringer (z.B. Apotheker) MVZ gründen.	 Nur Ärzte sollten die Berechtigung haben MVZ zu gründen, da nur diese für die Versorgung im ambulanten Bereich zuständig sind.

5.2 Beschränkung der zulässigen Rechtsform auf GmbH und Personengesellschaften

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Das BMG will hier ausdrücklich verhindern, dass aus reiner Kapitalbeteiligung Gewinne aus der vertragsärztlichen Versorgung gezogen werden.	  - Keine Quersubvention von MVZ durch Kliniken oder Unternehmensgruppen - MVZ müssen selbstständig kostendeckend arbeiten, ansonsten droht der Entzug der Zulassung. Entsprechende Kostennachweise sind zur Kontrolle vorzulegen

5.3 Weitere Regelungen in Bezug auf MVZ

Forderung des BMG	Stellungnahme KVBW
Die Leitung der medizinischen Versorgung in den MVZ muss rechtlich und faktisch in ärztlicher Hand liegen	

• Vorkaufsrecht für Ärzte, wenn ein MVZ, das nicht mehrheitlich in ärztlicher Hand ist, einen Arztsitz kaufen möchte • Uneingeschränkter Bestandschutz für bestehende Einrichtungen • Verlegung von Vertragsarztsitzen in MVZ nur, wenn keine Versorgungspunkte entgegenstehen • Einmal vom Zulassungsausschuss genehmigte Angestelltenstellen können zu einem späteren Zeitpunkt in eine Zulassung umgewandelt werden. Mit der Folge, dass in gesperrten Gebieten das MVZ den Vertragsarztsitz im Wege der Ausschreibung veräußern kann	 Die obligate Arbeitszeit des ärztlichen Leiters muss seinem Zulassungsumfang nach Bundesmantelvertrag entsprechen (keine ärztliche Scheintätigkeit!).      entgegen der bisherigen gesetzlichen Regelung sollen künftig auch rein hausärztliche MVZ zulässig sein. Insbesondere in ländlichen Regionen können so die organisatorischen Vorteile eines MVZ für Hausärzte genutzt werden.
---	---

VI. Ambulante Spezialärztliche Versorgung

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Das BMG möchte eine dritte Leistungsebene für eine spezialärztliche Versorgung einführen, in der Patienten mit schweren oder seltenen Erkrankungen mit schweren Verläufen versorgt werden sollen: • Stufenweise Verankerung dieser Versorgungsebene als eigenständigen Bereich in der GKV mit gleichen Qualifikationsanforderungen für niedergelassene Vertragsärzte und Krankenhausärzte	 • Keine Notwendigkeit, da bisherige Strukturen für die Versorgung dieser Patienten in Baden-Württemberg durch die Einbeziehung der ermächtigten Ärzte gut funktionieren / Keine Verbesserung der Versorgung • Übermaß an Bürokratie für die Versorgung einer kleinen Anzahl an Patienten • Gefährdung der ambulante Praxen,

• Konkretisierung dieses Versorgungsbereichs durch den G-BA • Einheitliche Festlegung der medizinisch-inhaltlichen Anforderung für alle Leistungserbringer • Freier Zugang für Leistungserbringer bei Erfüllung der festgelegten Anforderungen • Vorläufige Vergütung nach EBM; Entwicklung einer leistungs- und diagnosebezogenen Vergütungssystematik und Berücksichtigung auch spezifischer Investitionsbedingungen	die sich auf diese Leistungen spezialisiert haben • Öffnung der Krankenhäuser führt zu ungleicher Konkurrenz zwischen Krankenhaus und ambulantem Bereich  falls eine solche Leistungsebene eingeführt wird: • Überweisungsvorbehalt durch die Fachärzte • Abgestufte Bedarfsplanung: Nur wenn die Leistung nicht ambulant erbracht werden kann, ist das Krankenhaus dazu berechtigt; keine generelle Öffnung für die Krankenhäuser • Klare Einschränkungen der Leistungen, die unter die spezialärztliche Versorgung allen • Vor der Einführung muss die Vergütung definiert werden, die auf alle Fälle außerhalb des Budgets erfolgen muss
---	---

VII. Honorarreform

7.1 Regionalisierung und Flexibilisierung der Honorarverteilung

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
• Das BMG möchte die Honorarverteilung auf die regionalen Vertragspartner (KVen und Krankenkassen) verlagern • Die KBV kann Richtlinien zu Vorgaben insbesondere zur Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Vergütungsanteil sowie zur Mengenbegrenzung bestimmen	  den einzelnen KVen muss auf Länderebene freigestellt sein, ob sie diese Rahmenbedingungen und Vorgaben der KBV umsetzen, oder aber eine lokale Regelung vorziehen wollen  Einführung fester Vergütungsbestandteile in der Honorierung

7.2 Abbau von Überregulierung

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Forderung nach leicht handhabbaren und einfacher umzusetzenden Kodier-richtlinien	

VIII. Innovative Behandlungsmethoden

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Der G-BA soll künftig die Möglichkeit haben, innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Potenzial zeitlich begrenzt zu erproben.	

IX. GBA-Strukturen

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Die Entscheidungswege des G-BA sollen auf Transparenz hin überprüft werden	
Der G-BA soll künftig bei seinen Entscheidungen entstehende Bürokratiekosten berücksichtigen	

X. Stärkung der Ärztlichen Selbstverwaltung

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Gefordert wird eine Trennung der Vergütungsanteile in einen haus- und einen fachärztlichen Topf sowie die verpflichtende Einrichtung von beratenden Fachausschüssen	  Zusätzliche Herauslösung eines dritten Vergütungsanteils („Topf“) für Psychotherapie
Es soll den KVen ermöglicht werden, länderübergreifende Zusammenschlüsse vorzunehmen	  Änderung der Stimmengewichtung in der KBV-Vertreterversammlung, mit der die tatsächlichen Mitgliederzahlen zwischen den KVen widerspiegelt werden

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
<u>Heilmittelbereich</u> - Anspruch der Versicherten auf Genehmigung von Heilmittelbehandlungen bei entsprechendem Behandlungsbedarf - Festlegung von Praxisbesonderheiten durch die KBV und den GKV-Spitzenverband	 sofern die Option besteht, weitere Ausnahmen landesspezifisch zwischen den Vertragspartnern zu regeln
<u>Arznei- und Heilmittelbereich</u> - Grundsatz Beratung vor Regress - Feststellungsanspruch für Praxisbesonderheiten	 Änderung des § 106 SGB V, wonach eine Klage gegen einen Regress eine aufschiebende Wirkung hat (konkrete Formulierung siehe Anhang).

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
Das Verbot von Zuweisung gegen Entgelt soll präziser und praktikabler gestaltet werden: • Ausdrückliche gesetzliche Regelung, wonach eine Zuweisung gegen Entgelt ein Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten ist • Konkretisierung der Zulassungsvoraussetzungen von Teil- und Berufsausübungsgemeinschaften; dies dürfen nicht nur zur Umgehung des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt gegründet werden	Eine eindeutige Regelung des erlaubten Umfangs der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und medizinischen Sekundärberufen durch Verträge zwischen den KVen und den Krankenkassen; eine Zuweisung gegen Entgelt ohne adäquate Eigenleistung durch Ärzte lehnen wir ab.

Anlagen

Vorschlag zur Änderung des § 106 SGB V

Problem: Gemäß der Regelung in § 106 Abs. 5a Satz 11 SGB V haben Klagen gegen die Entscheidungen der Beschwerdeausschüsse über die Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumen (Regelprüfmethode) keine aufschiebende Wirkung. Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Rückforderungsansprüche gegen den Vertragsarzt sofort zu vollziehen. Dies führt angesichts der oftmals erheblichen Rückforderungen zu unbilligen Härten.

Lösungsansatz:

Änderung des § 106 Abs. 5a Satz 11 SGB V wie folgt: Streichung des Wortes „keine“.

Die Neufassung des § 106 Abs. 5a Satz 11 SGB V lautet wie folgt:

Eine Klage gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses hat aufschiebende Wirkung.

Begründung:

Da der Gesetzgeber in § 106 Abs. 5a Satz 11 SGB V die aufschiebende Wirkung der Klage unter Abweichung vom Grundprinzip, dass eine Anfechtungsklage aufschiebende Wirkung hat (§ 86a Abs. 1 SGG), ausgeschlossen hat, also dem Vollzugsinteresse Vorrang eingeräumt hat, kommt eine Aussetzung nur unter besonderen Umständen in Betracht.

Der Gesetzgeber hatte die Regelung des § 106 Abs. 5a Satz 11 SGB V mit dem Gesundheits-Strukturgesetz vom 21.12.1992 (BT-Drucksache 12/3608) eingeführt. Nach der Gesetzesbegründung sollte durch die Regelung sichergestellt werden, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfungen möglichst effektiv im Sinne einer Begrenzung der Arzneimittelausgaben der Krankenkassen wirken. Die nach § 84 Abs. 3 und 4 vereinbarten Richtgrößen können ihre Funktion als flankierende Steuerungsinstrumente zum Arzneimittelbudget oder als Alternative hierzu nur erfüllen, wenn Wirtschaftlichkeitsprüfungen ohne Antragsstellung durchzuführen sind und Klagen gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses keine aufschiebende Wirkung haben.

Die Situation stellt sich in der Praxis so dar, dass Vertragsärzte durch die Höhe der Regresse im Zusammenhang mit den Richtgrößenprüfungen zunehmend einer Existenzbedrohung ausgesetzt sind. Die vom Gesetzgeber im AMNOG vorgenommenen Ergänzungen in § 106 Abs. 5c Sätze 2, 6 und 7 SGB V greifen hier nicht weit genug, da für den Vertragsarzt die sofortige Vollziehung der Regresse weiter bestehen bleibt.

Vor der rechtskräftigen Feststellung der tatsächlich berechtigten Regresshöhe kann einem Vertragsarzt das finanzielle Risiko der Vorleistung nicht zugemutet werden.

Die Regressforderungen der Prüfungsstelle aus Richtgrößenprüfungen für Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel der Kalenderjahre 2005 bis 2008 in Baden-Württemberg beträgt insgesamt 16.043.637,00 Euro.

Diese Regressangst schürt auch Ängste des ärztlichen Nachwuchses, sich überhaupt in einer Praxis niederzulassen. Nach einer bundesweiten Umfrage der KBV „Berufsmonitoring Medizinstudenten 2010“ geben 50 % der Befragten als Grund gegen eine Niederlassung drohende Regressforderungen von Krankenkassen an. Damit bildet das Regressrisiko neben dem hohen finanziellen Risiko, der Bürokratie und der unangemessenen Honorierung einen Hauptgrund, sich gegen die Niederlassung zu entscheiden. Angesichts dieser Entwicklung wird es zunehmend schwerer, ärztlichen Nachwuchs zu gewinnen.

Folgeänderung: § 106 Abs. 5c Satz 3:

Die nach Maßgabe der Gesamtbeträge zu entrichtende Vergütung verringert sich um diesen Betrag, nachdem die Festsetzung bindend geworden ist.

Vorschlag zur Ergänzung des § 115 SGB V

Problem: Die Erbringung medizinisch notwendiger vor- und nachstationärer Behandlung nach § 115a Abs. 1 Nr.1 und 2 SGB V obliegt grundsätzlich den Krankenhäusern. Faktisch wird die Erbringung dieser vor- und nachstationären Leistungen jedoch immer stärker in die Praxen der Vertragsärzte verlagert. Das hat zur Konsequenz, dass diese in den vorrangigen Zuständigkeitsbereich der Krankenhäuser fallenden Leistungen zu Lasten der vertragsärztlichen Gesamtvergütung erbracht und abgerechnet werden, obwohl in den DRGs der Krankenhäuser entsprechende Finanzanteile für diese Leistungen vorgesehen sind.

Lösungsansatz: Änderung des § 115 SGB V durch eine Ergänzung in § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGBV, die wie folgt aussehen könnte:

(1) ...

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1. die Förderung des Belegarztwesens und der Behandlung in Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (Praxiskliniken),
2. die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen,
3. die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes,
4. die Durchführung einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Missbrauch; in den Verträgen können von § 115a Abs. 2 Satz 1 bis 3 abweichende Regelungen vereinbart werden; **in den Verträgen kann ergänzend zu § 115a auch vereinbart werden, dass vor- und nachstationäre Behandlung im Auftrag des Krankenhauses durch Vertragsärzte in der Arztpraxis erfolgen kann; in diesem Fall sind die Leistungen des Vertragsarztes vom Krankenhaus zu vergüten; die nähere Ausgestaltung bleibt einer Vereinbarung zwischen dem Krankenhaus und dem Vertragsarzt vorbehalten.**
5. die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus.

Sie sind für die Krankenkassen, die Vertragsärzte und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.

Begründung: Die Erbringung medizinisch erforderlicher vor- und nachstationärer Behandlung i. S. von § 115a Abs. 1 Nr. 1 u. 2 SGB V obliegt im Rahmen der DRGs grundsätzlich den Krankenhäusern. Tatsächlich verlagern die Krankenhäuser diese Behandlungen jedoch vermehrt in den vertragsärztlichen Bereich („Blutige Entlassung“), was zur Folge hat, dass diese Behandlungen zu Lasten der Gesamtvergütung erbracht und abgerechnet werden. Dies ist u. a. auch darin begründet, dass viele Krankenhäuser nicht alle ärztlichen Disziplinen vorhalten und von daher die vor- und nachstationäre Behandlung häufig nur durch den Vertragsarzt gewährleistet werden kann. Das bedeutet, dass die

Vertragsärzte die vor- und nachstationäre Behandlung nicht nur organisieren, sondern aufgrund der Kenntnis des persönlichen Umfelds des Patienten und der individuellen lokalen Gegebenheiten (Verfügbare Pflegedienste, Krankengymnasten etc.) die Fachleute in der vor- und nachstationären Behandlung sind. Durch die Ergänzung des § 115 SGB V in Absatz 2 Nr. 4 soll dieser Entwicklung Rechnung getragen und ermöglicht werden („Prinzip der gleichlangen Spieße“), dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in Verträgen nach § 115 SGB V mit den Vertragspartnern regeln können, dass die vor- und nachstationäre Behandlung im Auftrag der Krankenhäuser an die Vertragsärzte delegiert wird und diese Behandlung auch in der Arztpraxis erfolgen kann.

Für die Erbringung dieser Leistungen ist eine gesonderte Vergütung (außerhalb der Gesamtvergütung) durch die Krankenhäuser zu leisten, da in den meisten DRGs bereits DRG-Anteile für die vor- und nachstationäre Behandlung enthalten sind.

In den Verträgen zwischen dem Krankenhaus und dem Vertragsarzt sind Inhalt und Umfang der Vergütung, beispielsweise in Form einer ausbudgetierten vor- oder nachstationären Behandlungspauschale für den Vertragsarzt, so exakt zu definieren, dass eine „Zuweisung gegen Entgelt“ nicht stattfinden kann.

Regionalisierung des Vergütungssystems - Forderungen der KVBW -

I. Keine bundesweiten Vorgaben für die Verhandlungen mit den Krankenkassen/Verbänden zu Honorarverhandlungen sowie Möglichkeit für kassenartenspezifische Verhandlungen (wie bis Ende 2008)

Notwendige gesetzliche Änderungen im SGB V

1. § 87 Abs. 2e
 - a) Satz 1 Nr. 2 und 3 streichen
 - b) Satz 2 bis 4 streichen
2. § 87 Abs. 2f
 - a) komplett streichen → Folgeänderung: Streichung § 87d Abs. 1 Satz 5
3. § 87 Abs. 9
 - a) komplett streichen
4. § 87a Abs. 2
 - a) Satz 1 „gemeinsam und einheitlich“ streichen;
 - b) Satz 2 wie folgt fassen: „Die Vertragspartner nach Satz 1 können dabei teilweise oder komplett einen Zuschlag auf den Orientierungswert gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 vereinbaren, um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen.“
 - c) Satz 3 bis 5 komplett und 6 zweiter Teilsatz streichen
5. § 87a Abs. 3
 - a) Satz 1 „gemeinsam und einheitlich“ streichen;
 - b) Satz 5 „mit den Preisen der EURO-Gebührenordnung nach Abs. 2“ streichen
6. § 87a Abs. 4
 - a) Neufassung Nr. 1: der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten, deren Bemessung u. a. nach der Entwicklung der Fallzahlen, des Leistungsbedarfs und der medizinischen Indikation erfolgt
 - b) letzter Teilsatz streichen: „nach Maßgabe des vom Bewertungsausschuss beschlossenen Verfahrens nach Absatz 5 zu berücksichtigen“
7. § 87a Abs. 5
 - a) Nr. 2 streichen
 - b) Satz 2 bis 5 streichen
8. § 87d Abs. 4

- a) Satz 6 streichen

II. Keine bundesweiten Vorgaben für die Honorarverteilung und die Mengensteuerung sowie Wiederherstellung der Honorarverteilungsautonomie durch die KV

Notwendige gesetzliche Änderungen im SGB V

1. § 87b Abs. 4

- a) Satz 1 und 2 streichen
- b) Satz 3 wie folgt formulieren: „Die Kassenärztliche Vereinigung stellt im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen jeweils bis zum 31.10. eines jeden Jahres die für die Zuweisung der Regelleistungsvolumina konkret anzuwendende Berechnungsformel fest.
- c) Satz 4 bis 6 streichen