

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23

Eckpunkte zum Versorgungsgesetz

Themen:

1. Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung
2. Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten
3. Verbesserung der erlebten Versorgungsrealität der Patientinnen und Patienten
4. Medizinische Versorgungszentren
5. Ambulante spezialärztliche Versorgung
6. Honorarreform
7. Vertragszahnärztliche Versorgung
8. Innovative Behandlungsmethoden
9. GBA-Strukturen
10. Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung in den KVen und Weiterentwicklung der KV-Organisation
11. Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfung
12. Leistungsrechtliche Klarstellung bei lebensbedrohlichen Erkrankungen
13. Wettbewerb
14. Verbot der Zuweisung gegen Entgelt

24 **1. Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung**

25
26 Die Sicherstellung einer guten, flächendeckenden und bedarfsgerechten
27 medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist ein zentrales gesundheits-
28 politisches Anliegen. Die ambulante ärztliche Versorgung, vor allem die
29 hausärztliche Versorgung, muss wohnortnah gesichert sein – das gehört
30 zur elementaren Daseinsvorsorge unseres Sozialstaats. Trotz insgesamt
31 nach wie vor steigender Arztzahlen stehen bereits heute nicht mehr in allen
32 Bereichen und Regionen Ärztinnen und Ärzte in ausreichender Anzahl zur
33 Verfügung. Diese Situation wird sich in den nächsten Jahren insbesondere
34 durch die demografische Entwicklung verschärfen. Um dem entgegenzu-
35 wirken, ist ein gemeinsames Handeln aller Verantwortlichen erforderlich.

36
37 Nach verschiedenen Berechnungen wird es bei Fortschreibung der aktuel-
38 len Rahmenbedingungen in den nächsten Jahrzehnten einen Mangel von
39 Ärztinnen und Ärzten insbesondere in hausärztlichen und fachärztlichen
40 Praxen in ländlichen Regionen geben. Die Ursachen dafür liegen sowohl in
41 einer zukünftig erwarteten Veränderung der Nachfrage nach Gesundheits-
42 leistungen als auch in einem erwarteten veränderten Angebot an ärztlichen
43 Leistungen. Auf der Nachfrageseite sind insbesondere der medizinisch-
44 technische Fortschritt als auch die Folgen der demografischen Entwicklung
45 zu nennen. Der Anteil der 60-Jährigen und Älteren ist im Zeitraum von
46 1991 (20,4 Prozent) bis 2007 (25,3 Prozent) beträchtlich gestiegen. Dieser
47 Trend setzt sich – auch dank des medizinisch-technischen Fortschritts –
48 fort und hat unmittelbare Auswirkungen auf die Nachfrage nach medizini-
49 schen Leistungen. Untersuchungen weisen z.B. darauf hin, dass in den
50 kommenden 40 Jahren die Zahl der an Demenz erkrankten Patientinnen
51 und Patienten um über 100 Prozent steigen wird. Vor diesem Hintergrund
52 lässt sich ein stetig wachsender Bedarf sowohl an Ärztinnen und Ärzten als

53 auch an Pflegekräften vermuten. Bei der Entwicklung des Angebots und
54 insbesondere der Arztzahlen sind Trends erkennbar, wonach der drohende
55 Ärztemangel sich noch in einer frühen Phase befindet und mittelfristig zu
56 verstärken droht. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Viele derzeit tätige Ärz-
57 tinnen und Ärzte werden in den kommenden Jahren aus Altersgründen ihre
58 ärztliche Tätigkeit beenden. Darüber hinaus nimmt der Anteil der Frauen im
59 ärztlichen Beruf kontinuierlich zu. Im Zeitraum von 1991 bis 2008 wurde ein
60 Anstieg von berufstätigen Ärztinnen um 33 Prozent verzeichnet. Eine Kon-
61 sequenz aus dem Anstieg des Ärztinnenanteils in der medizinischen Ver-
62 sorgung ist die Notwendigkeit einer besseren Vereinbarkeit von Familie
63 und Beruf. Bereits in der ärztlichen Weiterbildung werden stärker Teilzeit-
64 modelle gefragt sein, was zu einer Verlängerung der Weiterbildungsdauer
65 führt. Wer während der Weiterbildung Mutter wird, unterbricht die Berufstä-
66 tigkeit unter den heutigen Bedingungen oft für geraume Zeit. Weiterhin be-
67 deutet die vermehrte Inanspruchnahme von Teilzeitmodellen, dass insge-
68 samt mehr Mediziner benötigt werden, um den Bedarf in der Versorgung
69 sicher zu stellen. Zusätzlich wurden durch die europäische und deutsche
70 Gesundheitsschutzgesetzgebung die Anzahl der von einem einzelnen
71 Krankenhausarzt geforderten Dienststunden reduziert und damit zugleich
72 der Stellenbedarf erhöht. Diese Entwicklung entspricht dem Wunsch vieler
73 Ärztinnen und Ärzte nach einem besseren Gleichgewicht von beruflicher
74 und privater Zeit.

75
76 An dem Ziel einer flächendeckenden medizinischen Versorgung in
77 Deutschland wird festgehalten. Angesichts eines zunehmenden Ärzteman-
78 gels insbesondere in strukturschwachen ländlichen und urbanen Regionen
79 und einer zu erwartenden steigenden Nachfrage ist dies eine große Her-
80 ausforderung. Es bedarf daher einer an den Versorgungsbedürfnissen der
81 Patienten orientierten zielgerichteten Weiterentwicklung der Bedarfspla-

82 nung. Leitidee unserer Überlegungen und Vorschläge ist die Verbesserung
83 bzw. der Erhalt der freiheitlichen Ausübung des Arztberufes und der Diag-
84 nose- und Therapiefreiheit. Die gesetzlichen Vorgaben müssen daraufhin
85 überprüft werden, wo es ein zuviel an Bürokratie gibt und wie diese abge-
86 baut werden kann. Der freie Beruf des Arztes muss wieder ermöglicht und
87 geschützt werden.

88
89 Es ist erforderlich zeitnah ein Bündel sachgerechter Maßnahmen zu ergrei-
90 fen, um den für die Qualität der Patientenversorgung zu erwartenden nega-
91 tiven Folgen eines Ärztemangels in strukturschwachen ländlichen und ur-
92 banen Regionen frühzeitig und nachhaltig zu begegnen. Dabei dürfen sich
93 die Maßnahmen nicht nur an den bestehenden Versorgungs- und Pla-
94 nungsstrukturen orientieren. Es werden zusätzlich kreative Maßnahmen
95 und Ideen notwendig sein, um die Tätigkeit in der medizinischen Versor-
96 gung im und für den ländlichen Raum attraktiv zu halten. Darüber hinaus
97 sind weitere Strukturreformen nötig, um bestehende Versorgungsprobleme
98 zu lösen und unnötige Kosten zu vermeiden. Dazu gehört ausdrücklich
99 auch, vorhandene Effizienzreserven an der Sektorengrenze zwischen am-
100 bulanter und stationärer Versorgung zu nutzen und Fehlsteuerungen zu
101 vermeiden. Erst eine solche Reform der medizinischen Versorgung in
102 Deutschland ergänzt die zurückliegende Finanzierungsreform zu einem
103 Gesamtkonzept.

104

105 **Weiterentwicklung der Bedarfsplanung**

106

107 1.1. Flexibilisierung der Planungsbereiche

108

109 Die derzeitige gesetzliche Vorgabe, dass die Planungsbereiche den
110 Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen, wird unter Beibehaltung

111 des derzeitigen Zulassungssystems flexibilisiert. Dem Gemeinsamen
112 Bundesausschuss wird vorgegeben, die Planungsbereiche innerhalb
113 einer vorgesehenen Frist so zu gestalten, dass sie einer flächende-
114 ckenden Versorgung dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss
115 erhält damit einen weiten Entscheidungsspielraum, der es z.B. auch
116 ermöglicht, bei der Struktur und Größe der Planungsbereiche zwi-
117 schen hausärztlicher, fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher
118 Versorgung zu differenzieren.

119

120 1.2 Gesetzliche Verankerung der Berücksichtigung von Demografie bei 121 der Anpassung der Verhältniszahlen

122

123 Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird gesetzlich ausdrücklich
124 aufgegeben, bei der Anpassung der Verhältniszahlen die demografi-
125 sche Entwicklung zu berücksichtigen. Darüber hinaus soll die Anpas-
126 sung der Verhältniszahlen künftig nicht mehr stichtags-bezogen, son-
127 dern allein nach sachgerechten Kriterien erfolgen. Als sachgerechte
128 Kriterien für die Anpassung der Verhältniszahlen kommen über die
129 gesetzlich vorgegebene Demografie hinaus solche Faktoren in Be-
130 tracht, die Auswirkungen auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf
131 haben. Hierzu gehören auf regionaler Ebene auch die Sozialstruktur
132 der Bevölkerung, die räumliche Ordnung im Planungsbereich sowie
133 die vorhandenen Versorgungsstrukturen. Dadurch können den be-
134 sonderen Anforderungen sowohl ländlicher als auch städtischer Re-
135 gionen jeweils angemessen Rechnung getragen werden und die aus
136 Patientensicht bedeutsamen Faktoren der Erreichbarkeit und Entfer-
137 nung der Versorgungsangebote berücksichtigt werden.

138

139 1.3 Einbeziehung von Krankenhausärzten, die an der ambulanten Ver-
140 sorgung teilnehmen, in die Bedarfsplanung

141
142 Ziel ist es, möglichst alle an der ambulanten Versorgung der Versi-
143 cherten teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in der Bedarfsplanung zu
144 erfassen. Es sollen daher – soweit vergleichbar – auch die in Kran-
145 kenhäusern oder ähnlichen Einrichtungen (z.B. psychiatrische Insti-
146 tutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren) tätigen Ärztinnen
147 und Ärzte in die Ist-Analyse aufgenommen werden.

148
149 1.4 Erweiterung der Möglichkeit zur Erteilung von Sonderbedarfs-
150 zulassungen

151
152 Der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, in der Be-
153 darfsplanungsrichtlinie eine Bestimmung über Vorgaben für die aus-
154 nahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze zu treffen (sog.
155 Sonderbedarfszulassungen), wird erweitert und sprachlich präziser
156 gefasst, um zu verdeutlichen, unter welchen Bedingungen sowohl
157 räumlich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf als auch für be-
158 stimmte Leistungsbereiche ein qualifikationsbezogener Sonderbedarf
159 in Frage kommt. Hierdurch wird die Sonderbedarfszulassung als In-
160 strument zur Feinsteuerung der Versorgungssituation funktionstüchtig
161 ausgestaltet. Die Umsetzung erfolgt auf der Ebene der Zulassungs-
162 ausschüsse (Länderebene).

163

164 1.5 Stärkung der Einwirkungsmöglichkeiten der Länder unter Berücksich-
165 tigung regionaler Besonderheiten

166

167 a) Die Länder erhalten ein Mitberatung bei den Beratungen des
168 Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu Fragen der Be-
169 darfsplanung. Das Mitberatungsrecht beinhaltet ein Rederecht
170 sowie ein Anwesenheitsrecht bei den Beratungen und Abstim-
171 mungen in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschus-
172 ses. Hierzu wird ein Vertreter der Länder zu den Sitzungen des
173 G-BA entsandt.

174

175 b) Die bisherige Benehmensregelung wird durch eine Regelung
176 ersetzt, nach der die Kassenärztlichen Vereinigungen den im
177 Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen
178 und den Ersatzkassen aufgestellten Bedarfsplan künftig den
179 zuständigen Landesbehörden vorzulegen haben und die Lan-
180 desbehörden ein Beanstandungsrecht erhalten.

181

182 c) Die regionalen Gremien erhalten durch Gesetz den erforderli-
183 chen Gestaltungsspielraum, um die regionale Bedarfsplanung
184 an den konkreten Versorgungsbedarf anzupassen (z.B. bei der
185 Bestimmung der Planungsbereiche und den zur Sicherstellung
186 einer bedarfsgerechten Versorgung festzulegenden Verhältnis-
187 zahlen). Der G-BA wird nicht ermächtigt, in der Bedarfspla-
188 nungsrichtlinie die Voraussetzungen für das Vorliegen regiona-
189 ler Besonderheiten zu regeln.

190

191 d) Die Beteiligungsrechte der Länder gegenüber dem jeweiligen
192 Landesausschuss werden analog den Beteiligungsrechten des

193 Bundesministeriums für Gesundheit gegenüber dem Gemein-
194 samen Bundesausschuss ausgestaltet. Dies bedeutet, dass
195 das Land die Rechtsaufsicht über den Landesausschuss erhält.
196 Die vom Ausschuss zu treffenden Beschlüsse sind dem Land
197 künftig vorzulegen und können innerhalb einer bestimmten Frist
198 vom Land beanstandet werden. Die Nichtbeanstandung eines
199 Beschlusses kann mit Auflagen verbunden und zur Erfüllung
200 einer Auflage eine angemessene Frist gesetzt werden. Für den
201 Fall, dass ein für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung
202 erforderlicher Beschluss des Ausschusses nicht oder nicht in-
203 nerhalb einer vom Land gesetzten Frist zustande kommt oder
204 Beanstandungen des Landes nicht innerhalb einer vorher ge-
205 setzten Frist behoben werden, kann das Land den Beschluss
206 erlassen (Ersatzvornahme).

207
208 Das Teilnahmerecht des Landes an Sitzungen des Landeauss-
209 schusses wird analog der Regelung zur Beteiligung der Patien-
210 tenvertreter ausgestaltet. Das Land erhält damit auch ein Mit-
211 beratungsrecht.

212
213 e) Den Ländern wird im SGB V das Recht eingeräumt, ein sektor-
214 übergreifendes Gremium auf Landesebene zu schaffen, wobei
215 dessen nähere Ausgestaltung und Besetzung ebenfalls den
216 Ländern überlassen bleibt. Die Beschlüsse dieses Gremiums
217 haben nur Empfehlungscharakter ohne unmittelbare Bindungs-
218 wirkung.

219

220 1.6. Förderung des Verzichts auf Zulassungen in überversorgten Gebie-
221 ten

222
223 Um Überversorgung abzubauen, wird die bestehende Möglichkeit der
224 Kassenärztlichen Vereinigungen, in überversorgten Gebieten den
225 freiwilligen Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung finanziell zu
226 fördern, erweitert. Hierzu wird die bisherige Beschränkung der Förde-
227 rung auf Ärztinnen und Ärzte, die mindestens 62 Jahre alt sind, auf-
228 gehoben. Es wird klargestellt, dass auch der Aufkauf einer Arztpraxis
229 durch die Kassenärztliche Vereinigung bei Verzicht auf eine Aus-
230 schreibung zur Nachbesetzung eine Möglichkeit der finanziellen För-
231 derung darstellt. Diese Maßnahmen sind wie bisher allein aus Mitteln
232 der Kassenärztlichen Vereinigungen zu finanzieren.

233
234 Darüber hinaus wird den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht,
235 bei der Ausschreibung von Vertragsarztsitzen zur Nachbesetzung in
236 überversorgten Planungsbereichen ein Vorkaufsrecht auszuüben.
237 Wie nach geltendem Recht ist das wirtschaftliche Interesse an der
238 Verwertung der Arztpraxis des ausscheidenden Vertragsarztes ge-
239 schützt. Ein Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung besteht
240 jedoch nicht, wenn sich ein Kind, Ehegatte oder Lebenspartner des
241 ausscheidenden Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt, mit dem die
242 Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde, um die Nachbeset-
243 zung bewerben.

244
245 Zudem sollen die Zulassungsausschüsse die Möglichkeit zur Be-
246 fristung von Zulassungen in offenen Planungsbereichen mit einem
247 Versorgungsgrad ab 100 % erhalten.

248

249 1.7 Anpassung der gesetzlichen Vorgaben zur Auswahl des Praxis-
250 nachfolgers

251
252 Da bislang bei der Entscheidung über die Nachbesetzung einer Ver-
253 tragsarztpraxis Versorgungsgesichtspunkte nur eine untergeordnete
254 Rolle spielen, erhalten die Zulassungsausschüsse künftig den Auf-
255 trag, solche Bewerberinnen oder Bewerber besonders zu berücksich-
256 tigen, die bereit sind, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen
257 (z.B. könnten solche Personen bevorzugt werden, die bereit sind,
258 sich neben der Tätigkeit im überversorgten Gebiet an der Versorgung
259 in nahegelegenen schlecht versorgten Gebieten zu beteiligen, oder
260 bestimmte Teile des Leistungsspektrums der betreffenden Facharzt-
261 gruppe anzubieten).

262
263 Eingetragene Lebenspartnerinnen und –partner werden mit Ehe-
264 gatten bei der Nachbesetzung von ausgeschriebenen Vertrags-
265 arztsitzen gleichgestellt.

266
267 Bei der Auswahlentscheidung über die Nachbesetzung von ausge-
268 schriebenen Vertragsarztsitzen in überversorgten Gebieten hat der
269 Zulassungsausschuss künftig zu berücksichtigen, wenn ein Bewerber
270 bzw. eine Bewerberin zuvor für einen bestimmten Zeitraum in einem
271 unterversorgten Gebiet ärztlich tätig gewesen ist.

272
273 1.8 Anpassung der Regelung zur Verlegung eines Vertragsarztsitzes

274
275 Es wird klargestellt, dass die Verlegung eines Vertragsarztsitzes nur
276 dann genehmigt werden kann, wenn Gründe der vertragsärztlichen
277 Versorgung nicht entgegenstehen. Gleichzeitig wird die bislang für

278 MVZ geltende Ausnahmeregelung entsprechend angepasst: Auch für
279 MVZ gilt dann, dass die Sitzverlegung eines übernommenen Ver-
280 tragsarztsitzes in das MVZ nur dann möglich ist, wenn Ver-
281 sorgungsgesichtspunkte nicht entgegenstehen.

282

283 **Ausbau der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung**

284

285 1.9 Weiterentwicklung der Regelungen zur Steuerung des Nieder- 286 lassungsverhaltens von Vertragsärztinnen und- ärzten über Vergü- 287 tungsanreize

288

289 a) Alle Leistungen von Ärztinnen und Ärzten, die in struktur-
290 schwachen Gebieten (insbesondere in Gebieten mit festgestell-
291 ter Unterversorgung oder zusätzlichem lokalen Versorgungsbe-
292 darf) tätig sind, werden grundsätzlich von der Abstufung aus-
293 genommen

294

295 b) Die regionalen Vertragspartner erhalten die Option, Preiszu-
296 schläge für Leistungen von besonders förderungswürdigen
297 Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig
298 sind (z.B. mit höherer Versorgungsqualität) zu vereinbaren.

299

300 c) Auf die Anwendung von Sonderpreisen bei Über- und Unterver-
301 sorgung wird endgültig verzichtet (der Bewertungsausschuss
302 legt nur noch einen Orientierungswert für den Regelfall fest).

303

304 d) Möglichkeit für eine Regelung zur Feststellung eines zusätz-
305 lichen lokalen Versorgungsbedarf auch in der zahnärztlichen
306 Versorgung. Auch im zahnärztlichen Bereich wird die Mög-

307 lichkeit zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen bei lokalem
308 Versorgungsbedarf geschaffen.

309
310 e) Um flexibel auch finanzielle Anreize für die Niederlassung in
311 unterversorgten oder drohend unterversorgten Gebieten und
312 bei besonderem Versorgungsbedarf setzen zu können, erhält
313 die Kassenärztliche Vereinigung die Möglichkeit, über einen
314 neu einzurichtenden Strukturfonds, in den 0,1 Prozent der je-
315 weiligen Gesamtvergütung seitens der KV und ergänzend eine
316 entsprechend gleich große Summe seitens der Krankenkassen
317 einfließen, flexibel und ungebunden gezielte Maßnahmen zu
318 ergreifen. Dazu können etwa Investitionskostenzuschüsse,
319 Vergütungs- und Ausbildungszuschläge oder auch die Förde-
320 rung von Studenten (Stipendien) gehören.

321

322 1.10 Ermächtigung von Krankenhäusern bei lokalem Versorgungsbedarf
323 und von Ärztinnen und Ärzten, die in Rehabilitations- oder Pflege-
324 einrichtungen tätig sind

325

326 Krankenhäuser sollen künftig nicht nur zur Teilnahme an der ver-
327 tragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können, wenn der
328 Landesausschuss Unterversorgung festgestellt hat, sondern auch,
329 wenn der Landesausschuss für das Gebiet, in dem das Krankenhaus
330 liegt, einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.

331

332 Zudem soll die nach geltendem Recht bestehende Möglichkeit, bei
333 entsprechendem Versorgungsbedarf Krankenhausärztinnen und -
334 ärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu er-

335 mächtigen, um Ärztinnen und Ärzten, die in Rehabilitations- oder
336 Pflegeeinrichtungen tätig sind, erweitert werden.

337

338 1.11 Sektorenübergreifende Organisation des ärztlichen Notdienstes

339

340 Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird es künftig ausdrücklich
341 ermöglicht, den vertragsärztlichen Notdienst auch durch Koope-
342 rationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern
343 sicherzustellen. Dadurch wird die Bedeutung einer sektoren-
344 übergreifenden Vernetzung des ärztlichen Notdienstes hervor-
345 gehoben.

346

347 1.12 Verbesserung der Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigen- 348 einrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen

349

350 Bereits das geltende Recht gibt den Kassenärztlichen Vereinigungen
351 zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, d.h. dort wo
352 nicht ausreichend niedergelassene oder angestellte Ärzte für die be-
353 darfungerechte Versorgung zur Verfügung stehen, die Möglichkeit zum
354 Betreiben von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen
355 Versorgung der Versicherten dienen. Es wird klargestellt, dass die in
356 diesen Eigeneinrichtungen (dies können Einzel- oder Gemein-
357 schaftspraxen oder auch Ärztezentren sein) erbrachten ärztlichen
358 Leistungen aus der Gesamtvergütung und nicht aus den Verwal-
359 tungskosten der Kassenärztlichen Vereinigungen vergütet werden.

360

361 1.13 Möglichkeit zum Betrieb von Eigeneinrichtungen durch kommunale
362 Träger

363
364 Sofern sich in unterversorgten Gebieten kein niederlassungswilliger
365 Arzt findet und auch die Kassenärztlichen Vereinigung die Ver-
366 sorgung durch z.B. die Errichtung einer Eigeneinrichtung nicht si-
367 cherstellt (Subsidiaritätsgrundsatz), erhalten kommunale Träger
368 (Städte, Gemeinden, Landkreise) die Möglichkeit zur Errichtung einer
369 Eigeneinrichtung.

370
371 1.14 Lockerung der Residenzpflicht für Vertragsärztinnen und -ärzte

372
373 Die Residenzpflicht wird grundsätzlich auch in nicht unterversorgten
374 Regionen aufgehoben. Die Notfallversorgung darf nicht gefährdet
375 werden.

376
377 1.15 Ausbau "mobiler" Versorgungskonzepte

378
379 Bereits nach geltendem Recht besteht eine Vielzahl von Möglich-
380 keiten, sogenannte "mobile" Versorgungskonzepte zu praktizieren
381 (z.B. Tätigkeit an weiteren Orten/Zweigpraxen). Der Ausbau solcher
382 Versorgungskonzepte wird unterstützt. Berufsrechtliche Ein-
383 schränkungen (z.B. bei der Gründung von Zweigpraxen) sollten auf-
384 gehoben werden. Die Bundesärztekammer und die Länder werden
385 aufgefordert, das Berufsrecht entsprechend anzupassen.

386
387 Die vertragsärztliche Berufsausübung wird dadurch flexibilisiert, dass
388 die zeitlichen Grenzen für Nebenbeschäftigungen von Vertrags-
389 ärztinnen und -ärzten (z. B. in der stationären Versorgung) gelockert

390 werden. Künftig ist eine Nebenbeschäftigung auch bei Überschreiten
391 der aktuell von der Rechtsprechung entwickelten Zeitgrenzen mög-
392 lich, solange die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt trotz der Ar-
393 beitszeiten in der Lage ist, den Patientinnen und Patienten in einem
394 dem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang zur Verfügung zu
395 stehen und Sprechstunden zu den in der vertrags-ärztlichen Versor-
396 gung üblichen Zeiten anzubieten.

397
398 Die gesetzliche Vorgabe, nach der eine vertragsärztliche Tätigkeit an
399 weiteren Orten zulässig ist, wenn dadurch die Versorgung am Ort der
400 Zweigpraxis verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der
401 Versicherten am Vertragsarztsitz nicht beeinträchtigt wird, wird präzi-
402 siert. Es wird klargestellt, dass bei der Genehmigungsentscheidung
403 nicht schematisch auf die Entfernung oder Fahrzeit zwischen Ver-
404 tragsarztsitz und Zweigpraxis abzustellen ist, sondern dass ein Ab-
405 wägungsprozess zu erfolgen hat. Dabei ist die Versorgungssituation
406 an beiden Tätigkeitsorten zu berücksichtigen und der Versorgungs-
407 bedarf am Ort der Zweigpraxis ins Verhältnis zu einer eventuellen
408 Beeinträchtigung der Versorgung am Vertragsarztsitz zu setzen.

409

410 1.16 Delegation ärztlicher Leistungen

411

412 Zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten müssen Delegations-
413 möglichkeiten von Leistungen besser genutzt und weiter entwickelt
414 werden. Deshalb erhalten die Partner der Bundesmantelverträge in
415 einem ersten Schritt den Auftrag, bis 6 Monate nach Inkrafttreten des
416 Gesetzes eine Liste delegationsfähiger Leistungen in der ambulanten
417 ärztlichen Versorgung zu erstellen. Nach Auswertung der Modell-

418 versuche sollen weitere Möglichkeiten zur weiteren Übertragung von
419 Aufgaben und deren Honorierung geprüft werden.

420

421 1.17 Ausbau der Telemedizin

422

423 Telemedizin soll vor allem für den ländlichen Raum wichtiger Be-
424 standteil der medizinischen Versorgung werden und soll daher be-
425 sonders gefördert werden. Der Bewertungsausschuss wird be-
426 auftragt festzulegen, in welchem Umfang ärztliche Leistungen des
427 EBM ambulant telemedizinisch erbracht werden können und wie in
428 Folge der derzeitige EBM entsprechend anzupassen ist.

429

430 1.18 Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf

431

432 a) Die Möglichkeit für Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zu-
433 sammenhang mit einer Entbindung vertreten zu lassen, wird
434 von 6 auf 12 Monate verlängert.

435

436 b) Die Möglichkeit für die Beschäftigung eines Entlastungs-
437 assistenten wird für die Erziehung von Kindern für bis zu 36
438 Monate geschaffen. Dieser Zeitraum muss nicht zusammen-
439 hängend genommen werden. Weiterhin wird die Beschäftigung
440 eines Entlastungsassistenten für die Pflege von Angehörigen
441 für 6 Monate eröffnet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen er-
442 halten die Möglichkeit, den 36- bzw. 6-Monatszeitraum zu ver-
443 längern.

444

445 c) Bei der Auswahlentscheidung über die Nachbesetzung eines
446 Vertragsarztsitzes in einem gesperrten Bereich werden Kinder-

447 erziehungs- bzw. Pflegezeiten, durch die eine ärztliche Tätigkeit
448 unterbrochen wurde, fiktiv berücksichtigt.

449

450 **2. Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten**

451

452 2.1 Erhöhung der Studienplatzzahlen

453

454 Das Bundesgesundheitsministerium hält es weiterhin für erforderlich
455 eine größere Anzahl von Studienplätzen in der Medizin bereit-
456 zustellen. Deshalb befürwortet BMG auch eine befristete Beteiligung
457 des Bundes an den Kosten. Dafür notwendig ist aber die Bereitschaft
458 der Länder entsprechende Studienplätze zu schaffen. Zustimmend
459 wird der Auftrag der Gemeinsamen Wissenschaftskonferenz zur
460 Kenntnis genommen, dass die Staatssekretärsarbeitsgruppe Vor-
461 schläge erarbeiten wird, damit mit den zusätzlichen Studien-
462 anfängern im System des Hochschulpakts verantwortungsvoll umge-
463 gangen wird. Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf Studienplät-
464 ze in der Human- und Zahnmedizin.

465

466 2.2 Auswahlverfahren für die Zulassung zum Medizinstudium

467

468 Das derzeitige Auswahlverfahren für die Zulassung zum Medizinstu-
469 dium bedarf einer Überprüfung der Auswahlkriterien. Im Hinblick auf
470 die ärztliche Versorgung müssen auch Bewerberinnen und Bewerber
471 ausgewählt werden können, die eine hohe Motivation für die kurative
472 Tätigkeit mitbringen.

473

474 Die Länder sollten auf Änderungen im Auswahlverfahren der Hoch-
475 schulen hinwirken. Die Abiturnote spielt bei der Zulassung zum Medi-

476 zinstudium eine dominierende Rolle. Das hat dazu geführt, dass mitt-
477 lerweile die Wartezeit auf einen Medizinstudienplatz sechs Jahre be-
478 trägt. Die Abiturnote hat als Grad der Qualifikation einen hohen Vor-
479 aussagewert dafür, dass das Studium erfolgreich abgeschlossen
480 wird. Allerdings ist der Voraussagewert, ob ein besonderes Interesse
481 an der ärztlichen Versorgung besteht, nicht belegt. Die Länder legen
482 in ihren Zulassungsverordnungen die Kriterien fest, die für die Studie-
483 rendenauswahl durch die Hochschulen – das betrifft 60% der Stu-
484 dienplätze - einzuhalten sind. Danach spielt der Grad der Qualifikati-
485 on die entscheidende Rolle. Bisher wird von den meisten Ländern al-
486 lein die Abiturnote als Grad der Qualifikation gesehen und daher mit
487 mindestens 51 % gewichtet. Es könnten auch andere nachvollziehba-
488 re und sachgerechte Kriterien für den Grad der Qualifikation festge-
489 legt werden. Rheinland-Pfalz hat beispielsweise die Bedeutung der
490 Abiturnote auf 30 % reduziert. Damit auch die anderen Länder ent-
491 sprechende Neugewichtungen vornehmen, werden BMG und die Ge-
492 sundheitsministerien der Länder auf die Kultusministerien der Länder
493 einwirken. Dabei sollten die gegenwärtige Bewertung der Abiturnote
494 vermindert und neben der Abiturnote auch andere relevante, justizi-
495 able Parameter als Kriterien für die Zulassung zum Medizinstudium
496 bundesweit verbindlich berücksichtigt werden, wie beispielsweise
497 einschlägige Berufsausbildungen, Freiwilliges Soziales Jahr, Test für
498 medizinische Studiengänge. Diese Änderungen im Auswahlverfahren
499 können im Rahmen des geltenden Rechts erfolgen.

500

501 2.3 Landärzteförderung

502

503 Außerhalb des allgemeinen Zulassungsverfahrens sollte die bereits
504 bestehende Möglichkeit einer Vorabquote für den besonderen öffent-

505 lichen Bedarf ausgeschöpft werden, um durch eine landes-rechtlich
506 festzulegende Quote zwischen 3 bis 5 % für künftige „Landärztinnen
507 und Landärzte“ der Unterversorgung mit Hausärztinnen und Hausärz-
508 ten entgegen zu wirken. Bedingung ist, dass sich die Studienbewer-
509 berinnen und -bewerber freiwillig verpflichten, nach Abschluss ihrer
510 Aus- und Weiterbildung in unterversorgten Gebieten ambulant tätig
511 zu werden. Hier könnten die Gesundheitsministerinnen und –minister
512 der Länder auf eine landes-rechtlich festzulegende Quote für künftige
513 Landärztinnen und –ärzte hinwirken.

514

515 2.4 Nachwuchsgewinnung

516

517 Den Kassenärztlichen Vereinigungen sollten im Rahmen des Sicher-
518 stellungs-auftrages ermöglicht werden, studienwillige zukünftige
519 Landärztinnen oder Landärzte zu begleiten und ihnen ein Stipendium
520 zu gewähren, wenn sie sich verpflichten, für einen bestimmten Zeit-
521 raum wohnortnah/hausärztlich tätig zu werden. Verbunden werden
522 sollte dies mit einer Rückzahlungsverpflichtung bei abredewidrigem
523 Verhalten. Nach Ende des Studiums sind Sicherstellungsmaß-
524 nahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen (Investitionshilfen, An-
525 stellungen bei Kassenärztlichen Vereinigungen oder ähnliches)
526 denkbar. Diese Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen
527 Vereinigungen könnten durch die Gesundheitsministerinnen und –
528 minister der Länder unterstützt werden.

529

530 2.5 Stärkung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung

531

532 Um Studierende vermehrt zur Tätigkeit als niedergelassene Ärztin
533 oder Arzt zu motivieren, bedarf auf Seiten der Länder der Schaffung

534 entsprechender Strukturen (Lehrstühle für Allgemeinmedizin an allen
535 Fakultäten, geeignete allgemeinmedizinische Praxen, Nutzung von
536 Weiterbildungsverbänden und Koordinierungsstellen usw.) sowie auf
537 Seiten des BMG der Anpassung der ÄApprO (Festschreibung des
538 Umfangs der Blockpraktika).

539

540 2.6 Einbeziehung weiterer Krankenhäuser und Lehrpraxen in die Ausbil- 541 dung

542

543 Die Hochschulen sollten stärker als bisher die Möglichkeiten der Ap-
544 probationsordnung für Ärzte nutzen, um die patientenbezogene Aus-
545 bildung und insbesondere die Allgemeinmedizin, zu fördern. In die
546 ärztliche Ausbildung sind weitere geeignete Krankenhäuser und
547 Lehrpraxen einzubeziehen, ohne die Qualität der Lehre zu beein-
548 trächtigen. Dabei sollte auch ermöglicht werden, das Praktische Jahr
549 außerhalb der Universitätsklinik der Heimatuniversität und der ihr zu-
550 geordneten Lehrkrankenhäuser zu absolvieren. Die KMK sollte die
551 hierfür erforderlichen Voraussetzungen insbesondere im Kapazitäts-
552 und Hochschulrecht schaffen. Danach ist die Approbationsordnung
553 für Ärzte (ÄApprO) entsprechend anzupassen.

554

555 Der ambulante Versorgungsbereich sollte stärker als bisher in die
556 ärztliche Ausbildung einbezogen werden. Damit soll der zunehmen-
557 den Verlagerung der Versorgung vom stationären in den ambulanten
558 Bereich auch in der Lehre Rechnung getragen werden. Dazu soll die
559 Möglichkeit eröffnet werden, nicht nur in der Allgemeinmedizin die
560 ambulanten Strukturen verstärkt während des Praktischen Jahres
561 einzubeziehen.

562

563 2.7 Erleichterung des Berufsübergangs

564
565 Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern sollten neu ap-
566 probierten Ärzten unter Einbeziehung der Universitäten den Zugang
567 zur stationären und zur ambulanten Versorgung erleichtern. Entspre-
568 chende Angebote von Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärzte-
569 kammern können die interessierten Ärztinnen und Ärzte nur mit Hilfe
570 entsprechender Infrastruktur in den Ländern erreichen.

571

572 **3. Verbesserung der erlebten Versorgungsrealität**
573 **der Patientinnen und Patienten**

574

575 In den letzten Jahren sind beträchtliche Summen zusätzlich in die am-
576 bulante und stationäre medizinische Versorgung geflossen. Nach vielen
577 Jahren der Budgetierung dienen diese Steigerungen bei wachsendem Be-
578 handlungsbedarf der Bevölkerung der Sicherung einer guten Versorgung.
579 Die Bereitschaft, die dazu notwendigen Beträge aufzubringen, hängt jen-
580 seits aller abstrakter Strukturdebatten auch davon ab, ob die Menschen mit
581 dem von ihnen erlebten Versorgungsalltag zufrieden sind.

582

583 Wir wollen deshalb erreichen, dass Verbesserungen im Versorgungsalltag
584 für die Patientinnen und Patienten unmittelbar spürbar werden.

585 Mit diesem Ziel haben wir die dauerhafte Einrichtung der Unabhängigen
586 Patientenberatung beschlossen. Mit diesem Ziel arbeiten wir an einem Pa-
587 tientenrechtegesetz. Mit diesem Ziel haben wir ein Gesetz zur Verbesse-
588 rung der Krankenhaushygiene auf den Weg gebracht.

589

590 Wir wollen erreichen,

591

592 - dass Pflegekräfte und Ärzte durch Bürokratieabbau und die Anwen-
593 dung technischer Hilfen von Aufgaben entlastet werden, die ihnen
594 den direkten Kontakt zum Patienten erschweren, dass die Kranken-
595 kassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen darauf hinwirken,

596

597 - dass die Wartezeit auf einen Facharzttermin in einem angemessenen
598 Zeitrahmen bleibt. Wir fordern daher die Krankenkassen auf, für ihre
599 Versicherten ein Angebot zur Vermittlung zeitnaher Behandlungs-
600 termine bei Ärzten zu entwickeln. Nutzt eine Krankenkasse diese be-
601 reits jetzt vorhandene und von einigen Krankenkassen auch prakti-
602 zierte Möglichkeit der Versichertenbetreuung, hat sie klare Vorteile
603 gegenüber Mitbewerbern, die diesen wettbewerbswirksamen Bereich
604 vernachlässigen. Vertragsärzte sind zudem aufgrund ihrer Zulassung
605 verpflichtet, an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang des je-
606 weiligen Versorgungsauftrages teilzunehmen und eine ausreichende,
607 zweckmäßige und medizinisch notwendige Versorgung anzubieten (§
608 95 Abs. 3 SGB V). Insbesondere haben Vertragsärzte bereits nach
609 geltendem Recht ihre Sprechstunden für Versicherte der gesetzlichen
610 Krankenversicherung und Öffnungszeiten so einzurichten, dass diese
611 entsprechend ihrem Behandlungs- bedarf (z.B. Notfall, Akutbehand-
612 lung oder Vorsorge) innerhalb medizinisch zumutbarer Wartezeiten
613 behandelt werden können (vgl. auch § 17 Bundesmantelvertrag-
614 Ärzte). Wir fordern die Kassen-ärztlichen Vereinigungen auf, dafür
615 Sorge zu tragen, dass Vertragsärzte diese Vorgaben erfüllen.

616

617 - dass sich das Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt ver-
618 bessert. Seit 2007 haben Versicherte nach § 11 Abs. 4 SGB V An-

619 spruch auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen
620 beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die Vor-
621 schrift wurde nicht in dem gewünschten Umfang umgesetzt und ge-
622 nutzt. Allenfalls einige Krankenhäuser bieten die Leistung an. Haupt-
623 grund für die fehlende Umsetzung dürfte die "Unverbindlichkeit" der
624 Vorschrift sein. Zwar ist die Regelung als Anspruch ausgestaltet. Die-
625 ser richtet sich jedoch gegen alle Leistungserbringer. Hauptanwen-
626 dungsbereich dürfte jedoch das Entlassmanagement nach Kranken-
627 hausaufenthalt sein. Zudem ist der Anspruch mit keinerlei weiteren
628 Sanktionsmöglichkeiten oder Anreizen ausgestattet. Der Anspruch
629 soll nunmehr konkret auf das Entlassmanagement nach Kranken-
630 hausaufenthalt konzentriert werden, da dort die meisten Probleme
631 auftreten. Er soll als unmittelbarer Bestandteil des Anspruchs auf
632 Krankenhausbehandlung in § 39 SGB V geregelt werden.

633

634 **4. Medizinische Versorgungszentren**

635

636 Um die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von wirtschaftlichen
637 Interessen zu gewährleisten, sollen MVZ künftig nur unter bestimmten en-
638 geren Voraussetzungen zugelassen werden.

639

- 640 • Beschränkung der MVZ-Gründungsberechtigung auf Vertrags-
641 ärzte und Krankenhäuser mit Ausnahmeregelung aus Versor-
642 gungsgründen für gemeinnützige Trägerorganisationen (z.B. im
643 Bereich der Dialyse)
- 644 • Beschränkung der zulässigen Rechtsformen auf Personenge-
645 sellschaften und GmbHs, und Ausschluss der Rechtsform Akti-
646 engesellschaft, um zu verhindern, dass auch aus reiner Kapi-

647 talbeteiligung Gewinne aus der vertragsärztlichen Versorgung
648 gezogen werden.

- 649 • Die Leitung in der medizinischen Versorgung des MVZ muss
650 rechtlich und faktisch in ärztlicher Hand liegen, so dass die sich
651 aus dem Berufsrecht ergebende Therapie- und Weisungsfrei-
652 heit gewährleistet ist. Der ärztliche Leiter muss deshalb selbst
653 im MVZ tätig sein, um sicherzustellen, dass er tatsächlich Ein-
654 wirkungsmöglichkeiten auf die Abläufe im MVZ hat.
- 655 • Will ein MVZ, bei dem die Geschäftsanteile nicht mehrheitlich in
656 ärztlicher Hand liegen einen Sitz kaufen, haben Vertragsärzte
657 ein Vorkaufsrecht.
- 658 • Uneingeschränkter Bestandschutz für bestehende Einrichtun-
659 gen.
- 660 • Verlegung von Vertragsarztsitzen in ein MVZ nur dann, wenn
661 keine Versorgungsgesichtspunkte entgegenstehen.
- 662 • Einmal vom Zulassungsausschuss genehmigte Angestellten-
663 stellen können zu einem späteren Zeitpunkt in eine Zulassung
664 umgewandelt werden, mit der Folge, dass in gesperrten Gebie-
665 ten das MVZ den Vertragsarztsitz im Wege der Ausschreibung
666 veräußern kann.

667

668 **5. Ambulante spezialärztliche Versorgung**

669

670 Die wohnortnahe fachärztliche Versorgung ist und bleibt ein unverzichtba-
671 rer Bestandteil der ambulanten ärztlichen Versorgung der Patientinnen und
672 Patienten. Die Optimierung der Patientenversorgung erfordert bei einer
673 Vielzahl von Erkrankungen und Leistungen mit besonderem spezialärztli-
674 chem Versorgungsbedarf eine bessere, auch sektorenübergreifende Ver-
675 zahnung der fachärztlichen Versorgung. Dies soll erreicht werden durch

- 676
- 677
- 678
- 679
- 680
- 681
- 682
- 683
- 684
- 685
- 686
- 687
- 688
- 689
- 690
- 691
- 692
- 693
- 694
- 695
- 696
- 697
- 698
- 699
- 700
- stufenweise Verankerung einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen, hochspezialisierten Leistungen sowie bestimmten ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen als eigenständiger Bereich im Gesundheitsversorgungssystem der GKV mit gleichen Qualifikationsanforderungen für niedergelassene Vertragsärzte und Krankenhäuser.
 - Konkretisierung und Ergänzung dieses Versorgungsbereichs durch den G-BA im Rahmen gesetzlicher Vorgaben durch Richtlinien, dabei
 - für alle Leistungserbringer einheitliche Festlegung der jeweiligen medizinisch-inhaltlichen Anforderungen (persönlich und sächlich, wie insbesondere Überweisungserfordernisse, Kooperationsverpflichtungen) sowie der besonderen Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
 - Grundsätzlich „freier“ Zugang für Leistungserbringer bei Erfüllung der jeweils festgelegten Anforderungen; die Erfüllung der Anforderungen ist gegenüber einer noch zu bestimmenden Stelle auf Landesebene nachzuweisen.
 - Vorläufige Vergütung nach EBM; Entwicklung einer leistungs- und diagnosebezogenen Vergütungssystematik und -kalkulation unter Berücksichtigung auch spezifischer Investitionsbedingungen.

701

702 Eine Ausweitung der Leistungsumfänge über das medizinisch Notwendige

703 hinaus ist damit nicht verbunden.

704

705 Die mit dem GKV-Finanzierungsgesetz vorgesehene Regelung zur Aus-
706 gabenbegrenzung extrabudgetärer Leistungen nach § 87d Abs. 4 SGB V
707 wird aufgehoben. Damit soll insbesondere das Ambulante Operieren als
708 ambulante Leistung weiterhin gefördert werden.

709

710 **6. Honorarreform**

711

712 **Regionalisierung des Vergütungssystems**

713

714 1. Regionalisierung und Flexibilisierung der Honorarverteilung

715 Die Regelung der Vergütung der an der vertragsärztlichen Versor-
716 gung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Honorarver-
717 teilung, die nach haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichen ge-
718 trennt wird, erfolgt künftig ausschließlich durch die Kassenärztliche
719 Vereinigung (KV). Die KV erlässt hierzu einen Honorarverteilungs-
720 maßstab (HVM) im Benehmen mit den Krankenkassen. Der HVM hat
721 vor dem Hintergrund einer verlässlichen Planbarkeit für den Arzt
722 mengensteuernde Maßnahmen der ärztlich abzurechnenden Leis-
723 tungen unter Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs vorzusehen.
724 Verfahrensvorgaben des Bewertungsausschusses zur Honorarvertei-
725 lung werden aufgehoben. Die KBV kann in Richtlinien Vorgaben ins-
726 besondere zur Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und
727 einen fachärztlichen Vergütungsteil sowie zur Mengensteuerung
728 bestimmen.

729

730 2. Abbau von Überregulierung

731 Gesetzliche Regelungen und Aufgabenzuweisungen an den Bewer-
732 tungsausschuss werden aufgehoben, soweit sie die Gestaltungsspiel-

733 räume der Regionalisierung entgegenstehen und obsoleete Berichts-
734 pflichten betreffen.

735
736 Zur Dokumentation der Behandlungsdiagnosen braucht es leicht
737 handhabbare und einfacher umsetzbare Kodierrichtlinien für die nie-
738 dergelassenen Ärzte.

739

740 3. Dialogprozess

741 Voraussetzung für eine derartige Honorarreform sind Akzeptanz und
742 Transparenz unter den Beteiligten (Ärztliche Berufsverbände, Kas-
743 senärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und ihre Verbände).
744 Deshalb werden wir mit den Beteiligten auf der Grundlage der vorge-
745 nannten Punkte zeitnah einen Dialogprozess einleiten.

746

747 **7. Vertragszahnärztliche Versorgung**

748

749 Gesetzgeberischer Handlungsbedarf zur strukturellen Weiterentwicklung
750 des Vergütungssystems für die vertragszahnärztliche Behandlung besteht
751 im Hinblick auf die "Ablösung der strikten Budgetierung" sowie hinsichtlich
752 der "Schaffung gleicher Wettbewerbsbedingungen" zwischen den Kran-
753 kenkassen.

754

755 In der Vergangenheit aufgetretene Wanderungsbewegungen und Verände-
756 rungen in der Versichertenstruktur haben bei einzelnen Krankenkassen zu
757 erheblichen Strukturverschiebungen und damit auch zu größeren Verände-
758 rungen der durchschnittlichen Leistungsmenge je Versicherten geführt.
759 Aufgrund des Grundsatzes der Beitragstabilität können daher Leistungen
760 zum Teil nicht mehr angemessen vergütet werden.

761

762 Die Ersatzkassen haben historisch bedingt im Bereich der zahnärztlichen
763 Behandlung höhere Punktwerte und damit verbunden auch höhere Ge-
764 samtvergütungen als die übrigen Krankenkassen vereinbart. Die Zuwei-
765 sungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der standardisierten Leis-
766 tungsausgaben beruhen hingegen auf den durchschnittlichen Ausgaben für
767 die Versicherten.

768

769 • Der Vorrang des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und die
770 strikte Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung bei der
771 Anpassung der Gesamtvergütungen werden aufgegeben („Ab-
772 lösung der strikten Budgetierung“).

773

774 • Den regionalen Vertragspartnern werden für die Vereinbarun-
775 gen der Gesamtvergütungen größere Verhandlungsspielräume
776 eröffnet. Es werden neue Kriterien (Zahl und Struktur der Versi-
777 cherten, orale Morbiditätsentwicklung, Kosten- und Versor-
778 gungsstruktur) vorgegeben, um bedarfsgerechte und den mor-
779 biditätsbedingten Leistungsbedarf widerspiegelnde Vergütun-
780 gen zu ermöglichen.

781

782 • Durch die einmalige Ermittlung landesdurchschnittlicher Punkt-
783 werte und Berücksichtigung dieser Werte als Ausgangsbasis für
784 die Vergütungsvereinbarungen werden Belastungsunterschiede
785 zwischen den Krankenkassen beseitigt und Chancengleichheit
786 im Wettbewerb hergestellt.

787

788 Die finanziellen Auswirkungen der beabsichtigten Regelungen sind abhän-
789 gig von den tatsächlichen Verhandlungsergebnissen der regionalen Ver-
790 tragspartner. Auf der Grundlage heutiger Budgetüberschreitungen betra-

791 gen die Mehrausgaben für die GKV insgesamt höchstens 120 Mio. Euro.
792 Im Hinblick auf die einmalige Ermittlung landesdurchschnittlicher Punktwer-
793 te und Berücksichtigung dieser Werte als Ausgangsgrundlage für die regi-
794 onalen Vergütungsverhandlungen haben die Gesamtvertragspartner si-
795 cherzustellen, dass die Summe der Gesamtvergütungen kassenartenüber-
796 greifend unverändert bleibt. Die diesbezüglichen Auswirkungen sind inso-
797 fern für die GKV insgesamt kostenneutral.

798

799 **8. Innovative Behandlungsmethoden**

800

801 Für die Einführung von innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmetho-
802 den in der GKV gibt es unterschiedliche Wege: Für die ambulante Ver-
803 sorgung gilt das Verbot mit Erlaubnisvorbehalt (Aufnahme erst nach positi-
804 ver Entscheidung des G-BA), während im Krankenhausbereich neue Un-
805 tersuchungs- und Behandlungsmethoden eingeführt und finanziert werden
806 können, ohne dass vorher eine Anerkennung der Methode durch den G-BA
807 erforderlich ist. Dies soll auch künftig so bleiben. Die Finanzierung erfolgt
808 hier über Verträge der Krankenkassen mit den Häusern, wenn die Methode
809 im DRG-System nach Feststellung des InEK nicht abgebildet ist. Dies gilt
810 aber, nur solange eine Methode nicht auf Antrag eines Antragsberechtig-
811 ten, wie z.B. des GKV-Spitzenverbandes, vom G-BA überprüft und ausge-
812 schlossen wird. Dies kann dazu führen, dass innovative Untersuchungs-
813 und Behandlungsmethoden in Deutschland nicht mehr in der GKV-
814 Versorgung zur Verfügung stehen. Denn der G-BA hat bei noch unzurei-
815 chendem Nutzenbeleg zwar die Möglichkeit des Ausschlusses, aber keine
816 wirksame Möglichkeit auf eine Beseitigung der unzureichenden Evidenzla-
817 ge hinzuwirken.

818 Für den G-BA wird daher die Möglichkeit geschaffen, künftig innovative Un-
819 tersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Potenzial zeitlich begrenzt

820 unter strukturierten Bedingungen bei gleichzeitigem Erkenntnisgewinn un-
821 ter Aussetzung des Bewertungsverfahrens zu erproben. Damit erhält der
822 G-BA ein neues Instrument für die Bewertung von Methoden, deren Nutzen
823 (noch) nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist. Die angemessene Betei-
824 ligung und Beratung der betroffenen Fachkreise im G-BA-Verfahren wird
825 gesichert.

826
827 Die Finanzierung erfolgt über den Systemzuschlag nach § 139c SGB V, die
828 Hersteller werden an der Finanzierung beteiligt.

829
830 Die Datengrundlage für die Versorgungsforschung soll deutlich verbessert
831 werden. Es wird geprüft, ob dies durch eine Zusammenführung und Nutz-
832 barmachung von vorhandenen, pseudonymisierten Routinedaten (Abrech-
833 nungs- und Leistungsdaten) erfolgen kann. Hierzu sollen die Datentranspa-
834 renzregelungen gemäß §§ 303a ff SGB V neu konzipiert werden.

835 Die Morbi-RSA-Daten sollen genutzt werden. Damit wird ein geringerer
836 Aufwand durch Verwendung bereits vorhandener Daten erreicht.

837 Als umsetzende Stelle sollte möglichst eine staatliche Stelle außerhalb der
838 Selbstverwaltung (z.B. Statistisches Bundesamt) festgelegt werden. Eine
839 staatliche Stelle wäre weniger in die Interessenkonflikte der Selbstverwal-
840 tung eingebunden, was die Umsetzung erleichtern könnte.

841 Mit der Neuregelung wäre ein weiterer Kreis an Berechtigten und Institutio-
842 nen (z.B. RKI, IQWiG, etc.) erfasst. Auch die Nutzungsberechtigung durch
843 den G-BA ist sicherzustellen.

844

9. GBA-Strukturen

845
846
847
848
849
850
851

Die Entscheidungsstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses haben sich grundsätzlich bewährt und werden auf Grundlage der Erfahrungen, die seit der Einführung der sektorenübergreifenden und einheitlichen Ausrichtung durch das GKV-WSG gesammelt wurden, weiter optimiert.

852
853
854
855
856

Die Verfahren und Entscheidungswege des G-BA werden daraufhin überprüft, inwieweit sie für Außenstehende und Betroffene die nötige Transparenz, Offenheit und Möglichkeit zur Beteiligung bieten. Dies gilt auch für die Antragsverfahren beim G-BA. Ziel ist, die Akzeptanz der Entscheidung des G-BA zu erhöhen.

857
858
859

Der G-BA wird verpflichtet, bei seinen Entscheidungen zukünftig entstehende Bürokratiekosten abzuschätzen.

860

10. Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung in den KVen und Weiterentwicklung der KV-Organisation

861
862
863

864
865
866
867
868
869
870
871
872

Zur Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung sollen auch weitere organisatorische Regelungen für die Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen werden. Dazu gehören die Trennung der Vergütungsanteile für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich, die Verpflichtung zur Einrichtung beratender Fachausschüsse für hausärztliche und fachärztliche Versorgung sowie ein ausschließliches Vorschlagsrecht der hausärztlichen und fachärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung für die Wahl jeweils eines Mitglieds des Vorstandes. Darüber hinaus soll den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit zu länderübergreifenden Zusammenschlüssen

873 sen eröffnet werden, wie sie auch für Krankenkassen und deren Landes-
874 verbände besteht.

875

876 **11. Maßnahmen zu Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfung**

877

878 Das AMNOG enthält bereits eine Reihe von Maßnahmen, die die Wirt-
879 schaftlichkeitsprüfungen im Bereich der Arzneimittel betreffen und die eine
880 Erleichterung für Ärztinnen und Ärzte, aber auch für die Prüfungsstellen
881 darstellen und die der Selbstverwaltung vor Ort mehr Spielraum einräu-
882 men. Die Prüfungen erfolgen jeweils für ein Kalenderjahr und müssen spä-
883 testens zwei Jahre nach Abschluss des Prüfzeitraums abgeschlossen sein.
884 Im Bereich der Heilmittel besteht Handlungsbedarf. Insbesondere hinsicht-
885 lich sehr unterschiedlicher regionaler Vorgehensweisen bei der Anerken-
886 nung von Praxisbesonderheiten.

887

888 Für beide Leistungsbereiche soll zudem der Grundsatz "Beratung vor Re-
889 gress" gestärkt werden.

890

891 **1. Maßnahmen im Heilmittelbereich:**

892

893 • Versicherte erhalten einen gesetzlichen Anspruch, notwendige
894 Heilmittelbehandlungen bei entsprechendem Behandlungsbe-
895 darf langfristig genehmigen zu lassen. Solche Behandlungen
896 sollen nicht mehr Gegenstand von Wirtschaftlichkeitsprüfungen
897 sein ("Wirtschaftlichkeitsfiktion").

898

899 • KBV und GKV-Spitzenverband werden verpflichtet, auf Bun-
900 desebene vorab anzuerkennende Praxisbesonderheiten mit
901 bindender Wirkung für die regionalen Vereinbarungen und die

902 Prüfgremien festzulegen. Bei Nichteinigung soll das Schieds-
903 amt entscheiden. Hierdurch werden die regionalen Unter-
904 schiede bei der Anerkennung von Praxisbesonderheiten weit-
905 gehend beseitigt und die Probleme entschärft.

906

907 2. Maßnahmen im Heilmittel- und im Arzneimittelbereich

908

909 Der Grundsatz "Beratung vor Regress" wird gestärkt. Es soll für einen
910 Prüfzeitraum (Jahr) kein Regress festgesetzt werden können, wenn
911 nicht im vorherigen Prüfzeitraum (Jahr) eine Beratung stattgefunden
912 hat.

913

914 Ergänzend zu der bereits bestehenden Möglichkeit der Vereinbarung
915 einer praxisindividuellen Richtgröße im Rahmen eines Prüfverfahrens
916 sollen die Vertragsärztinnen und –ärzte die Möglichkeit erhalten, bei
917 relevanter Überschreitung des Richtgrößenvolumens schon vor Ein-
918 leitung eines Prüfverfahrens zeitnah von der Prüfungsstelle eine ver-
919 bindliche Aussage über die Anerkennung weiterer Praxisbesonder-
920 heiten zu erhalten ("Feststellungsanspruch"). Dadurch können Unsi-
921 cherheiten und damit verbundene Belastungen vermieden werden.

922

923 **12. Leistungsrechtliche Klarstellung bei lebensbedrohlichen Er-** 924 **krankungen**

925

926 Das Bundesverfassungsgericht hat am 6. Dezember 2005 (1 BvR 347/98
927 „Nikolausbeschluss“) entschieden, dass aus Gründen des Grundrechts-
928 schutzes in Fällen lebensbedrohlicher oder vergleichbarer Erkrankungen
929 eine Leistungspflicht der Krankenkassen ausnahmsweise bestehen kann,
930 auch wenn der medizinische Nutzen der gewünschten Behandlung nicht

931 nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse
932 nachgewiesen ist. Ziel ist es, den Geltungsumfang des Nikolausbeschlus-
933 ses des BVerfG auch leistungsrechtlich klarzustellen.

934

935 **13. Stärkung der wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten** 936 **der Krankenkassen auf der Leistungsseite**

937

938 Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz und der schrittweisen Einführung ein-
939 kommensunabhängiger Zusatzbeiträge wurden die Voraussetzungen für
940 einen transparenten Preiswettbewerb zwischen den gesetzlichen Kranken-
941 kassen geschaffen. Damit muss nun in einem zweiten Schritt die Stärkung
942 der wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf der
943 Leistungsseite der GKV einhergehen.

944

945 Damit mit dem gestärkten Preiswettbewerb ein Qualitätswettbewerb ein-
946 hergeht und so Anreize geschaffen werden, die Qualität und Effizienz der
947 Versorgung zu verbessern, sollen die wettbewerblichen Handlungsmög-
948 lichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen auf der Leistungsseite erweitert
949 werden. Überschneidungen zu Zusatzversicherungen privater Krankenver-
950 sicherungsunternehmen sollten möglichst vermieden werden. Leistungssei-
951 tig kommen Maßnahmen in Betracht, die bereits heute grundsätzlich ihrer
952 Art nach zur GKV gehören.

953

954 Dieser Wettbewerb, mit dem sich die Krankenkassen auf der Leistungssei-
955 te unterscheiden können, ist derzeit über den Regelleistungskatalog hinaus
956 nur in sehr geringem Umfang möglich. Nachdem der rechtliche Rahmen für
957 die Wahltarife mit dem GKV-FinG angepasst wurde, erscheint es erforder-
958 lich, vor allem die bisherigen Angebotsmöglichkeiten für Satzungs- und
959 Ermessenleistungen der Krankenkassen auszuweiten. Dabei geht es aus-

960 schließlich um Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich zum allge-
961 meinen Leistungskatalog allen ihren Versicherten gewähren kann. Das gel-
962 tende Recht sieht nur in relativ begrenztem Umfang Satzungs- und Ermes-
963 sensleistungen bspw. bei ambulanten Vorsorgeleistungen und im Bereich
964 der Haushaltshilfe vor. Das Wettbewerbspotential solcher Leistungen sollte
965 zugunsten der Versicherten genutzt und weiter ausgeweitet werden. Erwei-
966 terte Satzungsmöglichkeiten kommen etwa bei Vorsorge- und Rehabilitati-
967 onsleistungen, der häuslichen Krankenpflege, Heil- und Hilfsmitteln und
968 ggf. für verbesserte Möglichkeiten beim Abschluss von Einzelverträgen mit
969 nicht zugelassenen Leistungserbringern in Betracht. Die Art und der Um-
970 fang der jeweiligen Satzungsleistungen müssen klar durch die Kranken-
971 kasse definiert sowie transparent und für den einzelnen Versicherten ver-
972 ständlich dargestellt werden.

973
974 Ebenso sollen Möglichkeiten einer spezifischen Leistungsgestaltung durch
975 die Ermöglichung von Gruppentarifen einzelner Krankenkassen mit Be-
976 schäftigtengruppen sowie mit Patientenorganisationen und Behinderten-
977 verbänden eröffnet werden. Auch hierbei soll es sich stets um ein "Mehr an
978 Leistungen" für die Versicherten handeln. Solche Gruppentarife sollen der
979 Verbesserung im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. der
980 Versorgung von Patientinnen und Patienten mit bestimmten Erkrankungen
981 dienen. Gerade im Bereich von Beschäftigungsgruppen wären hier zwi-
982 schen Arbeitgebern und Krankenkassen abgestimmte Maßnahmen der be-
983 trieblichen Gesundheitsförderung vorstellbar. Daneben könnte das zusätz-
984 liche Angebot bspw. koordinierte Behandlungsangebote für Behinderte und
985 Patientengruppen, besondere Vernetzungsformen von Leistungserbringern
986 oder spezifische Serviceangebote für diese Personengruppen beinhalten.
987

14. Verbot der Zuweisung gegen Entgelt

988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000
1001
1002
1003
1004
1005
1006
1007
1008
1009
1010
1011
1012
1013
1014
1015
1016

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Gründung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften auch zu dem Zweck erfolgt, einen Verstoß gegen das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt zu verschleiern. In der Praxis bilden zuweisende Ärzte und Operateure ohne Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen eine Teil-Berufsausübungsgemeinschaft, erhalten hierfür eine Zulassung und verteilen den Gewinn in Abhängigkeit von den Zuweisungszahlen.

Das Verbot der Zuweisung soll deshalb präziser und praktikabler gestaltet werden durch eine

- ausdrückliche gesetzliche Regelung, dass Zuweisungen gegen Entgelt einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellen,
- Konkretisierung der Zulassungsvoraussetzungen von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften; diese dürfen nicht nur zur Umgehung des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt gegründet werden.

Darüber hinaus sollen auch den Leistungserbringern im Heilmittelbereich Geldzahlungen sowie die Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an Ärztinnen und Ärzte im Zusammenhang mit der Verordnung von Heilmitteln verboten werden.

Ein entsprechendes Verbot gilt bereits im Hilfsmittelbereich. Die Krankenkassen müssen vertraglich sicherstellen, dass Verstöße hiergegen angemessen geahndet werden. Über etwaige Auffälligkeiten, die auf mögliche

1017 Zuweisungen oder sonstiges ärztliches Fehlverhalten hindeuten, ist die zu-
1018 ständige Ärztekammer zu informieren. Eine Ausdehnung dieser Regelun-
1019 gen auf die Heilmittelversorgung ist geboten, weil auch dort vergleichbare
1020 Praktiken beklagt werden.

1021
1022 Ferner soll unzulässigen Praktiken in der Hilfsmittelversorgung noch kon-
1023 sequenter entgegengewirkt werden durch eine
1024
1025 - ausdrückliche gesetzliche Regelung, dass eine Beeinflussung
1026 von Versicherten zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen
1027 Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden GKV-Leistungen
1028 sowie die Forderung oder Annahme unzulässiger Zuwendun-
1029 gen einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellt,
1030 - Klarstellung, dass auch Einkünfte aus Beteiligungen an Unter-
1031 nehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr
1032 Verordnungs- und/oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich
1033 beeinflussen können, unzulässige Zuwendungen im Sinne des
1034 § 128 SGB V sind.

1035
1036
1037