

Alles Gute.



Versorgungsstrukturgesetz

Synopse und Stellungnahme der KVBW

Stand: 01. Dezember 2011

Zusammenfassung

Das nun beschlossene Versorgungsstrukturgesetz wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg in weiten Teilen ausdrücklich begrüßt, hat das Gesetz doch zum ersten Mal seit vielen Jahren nicht die Kostendämpfung, sondern die Verbesserung der Versorgung zum Ziel hat und sich dabei vieler Probleme annimmt, die von den Ärzten seit Jahren thematisiert werden. Darüber hinaus würdigt der Gesetzgeber endlich wieder den niedergelassenen Arzt und Psychotherapeuten als unverzichtbaren Hauptakteur der Versorgung, anstatt ihn zu diskreditieren, wie dies in der Vergangenheit empfunden wurde. Und schließlich wird die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen in der Sicherstellung und Ausgestaltung der Versorgung deutlich gestärkt.



Der Vorstand der KVBW begrüßt

- die Flexibilisierung der Kriterien, nach denen die **Gesamtvergütung** bestimmt wird, da sie zu mehr Planbarkeit für die Ärzte führt
- die Flexibilisierung der **Bedarfsplanung** und der **Zulassungsbestimmungen**, insbesondere die neuen Regelungen zur Tätigkeit von **Medizinischen Versorgungszentren**, da dadurch der ambulante Sektor gestärkt wird.
- die Änderungen im Bereich der **Wirtschaftlichkeitsprüfung**, wie etwa das Prinzip ‚Beratung vor Regress‘, die verbindliche Definition von Praxisbesonderheiten oder die Begrenzung der Regresssumme, da dadurch die Regressangst der Ärzte verringert und die Planungssicherheit erhöht wird
- die ausdrückliche Möglichkeit der KVen, **Notfallpraxen** der Niedergelassenen an Krankenhäusern einzurichten, da wir dies für einen wichtigen Baustein halten, um die Arbeitsbedingungen für die selbstständigen Ärzte zu verbessern
- die **Aufhebung der Residenzpflicht**, da diese ein Niederlassungshemmnis für junge Mediziner darstellt
- den Verzicht auf die **Ambulanten Kodierrichtlinien**, da diese einen unnötigen bürokratischen Aufwand darstellen
- den Verzicht auf eine neue **Konvergenzregelung**, die nur zu neuen Ungerechtigkeiten zwischen den KVen führen würde
- die Verbesserung der **Familienfreundlichkeit** in der Niederlassung, da diese den Arztberuf attraktiver macht
- Die neu geschaffene Möglichkeit für niedergelassene Ärzte, **vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus** durchzuführen
- Die Verpflichtung der Krankenkassen, sich an einem **Strukturfonds** zu beteiligen
- Die Aufnahme wichtiger Forderungen der Ärzteschaft bei der Ausgestaltung der **spezialfachärztlichen Versorgung**

 Der Vorstand der KVBW bedauert,

- die **Aufweichung vom bisherigen Ziel der Regionalisierung in der Honorarpolitik**, da die Zentralisierung der vergangenen Jahre gerade in diesem Bereich gescheitert ist und zu massiven Verwerfungen zwischen und innerhalb der Arztgruppen geführt hat. Nur durch regionale Verantwortung der KVen kann den spezifischen Herausforderungen in der Versorgung Rechnung getragen werden
- die Möglichkeit zur **Befristung von Zulassungen**, da dadurch die Planungssicherheit eingeschränkt wird
- die Aufnahme von angemessenen **Wartezeiten** in den Sicherstellungsauftrag der KVen, da diese ihren Ursprung in der Honorarsystematik haben
- dass die Ausbudgetierung der psychotherapeutischen Leistungen nicht Eingang in das Gesetz gefunden hat

Die einzelnen Bestimmungen

1. § 2 SGB V: (Leistungen) Ausweitung des Leistungskatalogs

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Einfügung neuer Absatz 1a: Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Krankenkasse erteilt für Leistungen nach Satz 1 vor Beginn der Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung, wenn Versicherte oder behandelnde Leistungserbringer dies beantragen. Mit der Kostenübernahmeerklärung wird die Abrechnungsmöglichkeit der Leistung nach Satz 1 festgestellt.</p>		

2. § 11 SGB V: (Leistungsarten) Mehr Wettbewerb unter den Krankenkassen

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Einfügung neu Abs. 6: Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche, vom G-BA nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge- und Rehabilitation (§§ 23, 40), der künstlichen Befruchtung (§ 27a)..., bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Abs 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang</p>	<p>Die Regelung soll den Wettbewerb unter den Krankenkassen stärken, die nun zusätzliche Leistungen in den genannten Bereichen aufnehmen dürfen. Der Katalog der Bereiche ist abschließend, die Leistungen dürfen zudem nicht vom G-</p>	

der Leistung bestimmen. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.	BA ausgeschlossen sein	
--	------------------------	--

**3. § 28 SGB V: (Ärztliche und zahnärztliche Behandlung)
 Delegation ärztlicher Leistungen**

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 1 Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Die Partner der Bundesmantelverträge legen bis zum (6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes) für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.</p>	<p>Die Partner der Bundesmantelverträge sollen „Spielregeln“ zur Delegation von ärztlichen Leistungen auf andere Heilberufe bestimmen</p>	<p> , da die bisherige Forderung erfüllt ist, wonach der Arzt weiterhin die Verantwortung trägt</p>

**4. § 32 SGB V + § 106 SGB V: (Heilmittel)
 Verordnung von Heilmitteln an Chroniker**

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Einfügung neuer Abs. 1a Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf haben die Möglichkeit, sich auf Antrag die erforderlichen Heilmittel von der Krankenkasse für einen geeigneten Zeitraum genehmigen zu lassen. Das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen, regelt der G-BA in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6. Über die Anträge ist innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zu deren Eingang unterbrochen.</p> <p>Einfügung in § 106 Abs. 2</p>	<p>Stärkt die Rechtssicherheit für den Arzt bei der Verordnung von Heilmitteln an Chroniker und Patienten mit schweren Behinderungen. Gem. § 106 neu gehen diese nicht in die Richtgrößen ein. Weiter werden die Heilmitteln Richtgrößen durch Praxisbesonderheiten</p>	<p></p>

Die Verordnung der nach § 32 Abs. 1a Satz 1 genehmigten Heilmittel unterliegt nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Satz 1.	nach § 84 b neu entlastet	
---	---------------------------	--

**5. § 39 SGB V: (Krankenhausbehandlung)
 Anspruch auf ein Entlassmanagement**

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 1 Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. § 11 Abs. 4 Satz 4 gilt.</p>	<p>Das Entlassmanagement wird ausdrückliche Leistung des Krankenhauses und damit zu einem Anspruch für die Patienten</p>	<p> , da die Verantwortung des Krankenhauses endlich klargestellt ist.</p>

6. § 64a SGB V (neuer Paragraph): (Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung)

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 1 Die Kassenärztliche Vereinigung und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgebliche Organisation der Apotheker auf Landesebene</p>	<p>Die KVen können gemeinsam mit den Krankenkassen ein Modellvorhaben zur</p>	<p> Die KVBW lehnt das</p>

<p>gemeinsam können mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam die Durchführung eines Modellvorhabens nach § 63 zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung für eine Zeitdauer von bis zu drei Jahren vereinbaren. Werden Modellvorhaben in mehreren Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart, sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Durchführung des Modellvorhabens in einem Bezirk einigen. Überschüsse aufgrund von Minderaufwendungen, die durch Maßnahmen des Modellvorhabens nach Satz 1 bei den Krankenkassen realisiert werden, sind in Teilen an die Leistungserbringer weiterzuleiten. Die durch das Modellvorhaben den Krankenkassen entstehenden Mehraufwendungen sind auszugleichen. Die Vereinbarung nach Satz 1 umfasst das Nähere zu dem Modellvorhaben, insbesondere</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. einen Katalog für eine wirtschaftliche Wirkstoffauswahl in allen versorgungsrelevanten Indikationen, 2. die im Modellprojekt zu erbringenden Leistungen und deren Dokumentation, 3. die Grundsätze zur Ermittlung von Überschüssen und deren teilweise Weiterleitung an die Leistungserbringer nach Satz 3 sowie zum Ausgleichsverfahren nach Satz 4. <p>Im Übrigen gilt für die Vereinbarung nach Satz 1 § 63 Absatz 3 und 4 bis 6 entsprechend. § 65 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Begleitung und Auswertung von den Vertragspartnern nach Satz 1 veranlasst wird. Für das Modellvorhaben ist eine Vereinbarung nach § 106 Absatz 3b zu treffen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertragspartner nach § 129 Absatz 2 können gemeinsame Empfehlungen insbesondere zum Inhalt und zur Durchführung des Modellvorhabens vereinbaren, die in der Vereinbarung nach Satz 1 zu beachten sind.</p> <p>Abs. 2 Soweit keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens nach Absatz 1 erzielt wird, kann jede Vertragspartei das Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung nach § 89 Absatz 2 zur Festsetzung des Inhalts der Vereinbarung nach Absatz 1 anrufen. Die Festsetzung soll unterbleiben, wenn</p>	<p>Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Arzneimittelversorgung durchführen. Gemeint ist das KBV – ABDA-Modell</p>	<p>KBV-ABDA-Modell ab, sieht aber in der Regelung keine Schwierigkeit, da eine Verpflichtung nur dann eintreten soll, wenn es nirgends anders einen Modellversuch gibt.</p>
--	---	---

<p>in dem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung bereits ein Modellvorhaben vereinbart wurde. Das Schiedsamt wird um Vertreter der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung vorgesehen ist. Das so erweiterte Schiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder.</p>		
---	--	--

7. § 71 SGB V: (Beitragssatzstabilität)

Vorlage von Selektivverträgen bei den Aufsichtsbehörden

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 4 Satz 1 wird ergänzt: Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer haben die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). Die Verträge nach § 73c Abs. 3 und 140a Abs.1 sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Sie geben den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen Verträge nach Satz 2 oder § 73b Abs. 4 wirksam werden, Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb eines Monats und stellen vor einer Beanstandung das Benehmen her.</p>	<p>Die bereits bestehende Regelung für die Selektivverträge der Hausärzte nach 73b wird auch auf die Facharztverträge nach 73c ausgeweitet</p>	<p> , da hiermit der Abschluss von Fachärzterverträge behindert wird, die eine wichtige Rolle in der Versorgung spielen</p>
<p>Abs. 5 Die Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 1 und die Verträge nach den §§ 73b, 73c und 140a bis 140d sind unabhängig von Absatz 4 auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen sie wirksam werden, vorzulegen.</p>		<p></p>
<p>Neuer Absatz 6 Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können den Krankenkassen zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung vorschlagen, Verträge nach den § 73b Abs. 4, §73c</p>	<p>Vorschlagsrecht für Selektivverträge haben nun auch die Aufsichtsbehörden in den Ländern, jedoch kein</p>	<p></p>

Abs. 3, und § 140a Abs.1 abzuschließen.	Weisungsrecht	
---	---------------	--

**8. § 73 SGB V + § 128 SGB V: (Kassenärztliche Versorgung)
Verbot der Zuweisung gegen Entgelt**

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 7 Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder gewähren lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. § 128 Abs. 2 Satz 3 gilt entsprechend.</p> <p>§ 128 Abs. 2 Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer. Wirtschaftliche Vorteile im Sinne des Satzes 1 sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen sowie die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür. Unzulässige Zuwendungen im Sinne des Satzes 1 sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen. Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend, wenn Krankenkassen Auffälligkeiten bei der Ausführung von Verordnungen von Vertragsärzten bekannt werden, die auf eine mögliche Zuweisung von Versicherten an bestimmte Leistungserbringer oder eine sonstige Form unzulässiger Zusammenarbeit hindeuten.</p>	<p>Die Zuweisung gegen Entgelt und vergleichbare Leistungen ist damit nicht nur ein Verstoß gegen Berufs-, sondern auch gegen Vertragsarztrecht. Zuwiderhandlungen können daher über Disziplinarverfahren bis hin zum Zulassungsentzug geahndet werden</p>	<p></p>

<p>Ergänzung § 128 Abs. 5 In diesen Fällen ist auch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu informieren. Gleiches gilt, wenn Krankenkassen Hinweise auf die Forderung oder Annahme unzulässiger Zuwendungen oder eine unzulässige Beeinflussung von Versicherten nach Absatz 5a vorliegen.</p> <p>§ 128 Neue Absätze 5a und 5b (5a) Vertragsärzte, die unzulässige Zuwendungen fordern oder annehmen oder Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten.</p> <p>(5b) Die Absätze 2, 3, 5 und 5a gelten für die Versorgung mit Heilmitteln entsprechend.</p>		
---	--	--

**9. § 75 SGB V: (Inhalt und Umfang der Sicherstellung)
 Notdienst**

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 1 Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Sicherstellung umfaßt auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung und die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können den Notdienst auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherstellen. In den Gesamtverträgen nach § 83 ist zu regeln, welche Zeiten im Regelfall und im Ausnahmefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen. In den Gesamtverträgen nach § 83 ist zu regeln, welche Zeiten im Regelfall und im</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Angemessene Wartezeiten bei Fachärzten werden Teil des Sicherstellungsauftrages der KVen • Ausdrücklich ist in der Begründung die Einrichtung von Notfallpraxen an Krankenhäusern durch die KVen genannt 	<p> Wartezeiten bei Fachärzten haben Ursprung in Honorarsystematik</p> <p>, wird in der KVBW bereits umgesetzt</p>

<p>Ausnahmefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen. Kommt die Kassenärztliche Vereinigung ihrem Sicherstellungsauftrag aus Gründen, die sie zu vertreten hat, nicht nach, können die Krankenkassen die in den Gesamtverträgen nach § 85 oder § 87a vereinbarten Vergütungen teilweise zurückbehalten. Die Einzelheiten regeln die Partner der Bundesmantelverträge.</p>		
<p>Abs. 7 Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat ... 4. Richtlinien für die Umsetzung einer bundeseinheitlichen Notdienstnummer aufzustellen.</p>		

**10. § 77 SGB V: (Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen)
Fusion von KVen**

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 2 neu Mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde der Länder können sich KVen auf Beschluss ihrer Vertreterversammlungen auch für den Bereich mehrerer Länder vereinigen. Der Beschluss bedarf der Genehmigung der vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. § 144 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend. Die Bundesvereinigung nach Abs. 4 ist vor der Vereinigung zu hören. Die gemeinsame Kassenärztliche Vereinigung kann nach Bereichen der an der Vereinigung beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen getrennte Gesamtverträge längstens für bis zu vier Quartale anwenden. Darüber hinaus könnten die Vertragspartner der Gesamtverträge gemeinsam unterschiedliche Vergütungen im Einvernehmen mit der zuständigen Aufsichtsbehörde vereinbaren, soweit es zum Ausgleich unterschiedlicher landesrechtlicher Bestimmungen oder aus anderen besonderen Gründen erforderlich ist.</p>	<p>Die Fusion von KVen wird ausdrücklich ermöglicht</p>	<p> , da die Handlungsoptionen für die KVen erhöht werden</p>
<p>Abs. 3 Die zugelassenen Ärzte, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren tätigen angestellten Ärzte, die bei Vertragsärzten nach § 95 Abs. 9 und 9a angestellten Ärzte, die in Ei-</p>	<p>Die in Eigeneinrichtungen der KV angestellten Ärzte sind Mitglieder der KV und daher aktiv und</p>	<p></p>

<p>gteinrichtungen nach § 105 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 Satz 1 angestellten Ärzte und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausärzte sind Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung...</p>	<p>passiv wahlberichtig in Bezug auf die Organe der KV</p>	
<p>Abs. 6 § 88, 94 Abs. 1a bis 4 und § 97 Abs. 1 Satz 1 bis 4 des Zehnten Buches gelten entsprechend. Wenn eine Kassenärztliche Vereinigung eine andere Kassenärztliche Vereinigung nach Satz 1 in Verbindung mit § 88 des Zehnten Buches beauftragt, eine ihr obliegende Aufgabe wahrzunehmen, und hiermit eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten durch die Beauftragte verbunden ist, wird die Beauftragte mit dem Empfang der ihr nach § 285 Absatz 3 Satz 7 übermittelten Sozialdaten verantwortliche Stelle nach § 67 Absatz 9 Satz 1 des Zehnten Buches. § 80 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und Satz 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend, Satz 1 Nummer 1 jedoch mit der Maßgabe, dass nur der Auftragnehmer anzuzeigen ist.</p>	<p>Die KVen erhalten die Möglichkeit, die Wahrnehmung gesetzlicher Aufgaben auf eine andere KV zu übertragen, z.B. Abrechnung, Qualiprüfung u.ä.</p>	<p> , da die Handlungsoptionen für die KVen erhöht werden</p>

11. § 79 SGB V: (Organe)

Amtszeit des KBV-Vorstandes

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 4 Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen besteht aus bis zu drei Mitgliedern. Die Mitglieder des Vorstandes vertreten sich gegenseitig. Sie üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Wird ein Arzt in den hauptamtlichen Vorstand gewählt, kann er eine ärztliche Tätigkeit als Nebentätigkeit in begrenztem Umfang weiterführen oder seine Zulassung ruhen lassen. Die Amtszeit beträgt bis zu sechs Jahre; die Wiederwahl ist möglich.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • KVen können Amtszeit der Vorstände flexibel gestalten • Amtszeit max. 6 Jahre, Wiederwahl möglich • Neuregelung nach Ablauf der derzeitigen Amtszeit 	<p> , da die Handlungsoptionen für die KVen erhöht werden</p>

12. § 79c SGB V: (Beratende Fachausschüsse)

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Satz 1 wird neu gefasst: Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden ein beratender Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung und ein beratender Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung gebildet. Beide Fachausschüsse bestehen aus Mitgliedern, die an der jeweiligen Versorgung teilnehmen und nicht bereits Mitglied in einem Fachausschuss nach § 79b sind.</p>	<p>Bisher war vom Gesetz her nur der hausärztl. und der psychotherapeutische BFA obligat, nun auch der fachärztl. BFA</p>	<p> , wird in der KVBW bereits umgesetzt</p>

13. § 80 SGB V: (Wahlen)

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 2 Die Vertreterversammlung wählt in unmittelbarer und geheimer Wahl</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden, 2. die Mitglieder des Vorstandes, 3. den Vorsitzenden des Vorstandes und den stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes. <p>Der Vorsitzende der Vertreterversammlung und sein Stellvertreter dürfen nicht zugleich Vorsitzender oder stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes sein. Für jeweils ein Mitglied des Vorstandes der KVen und der KBV erfolgt die Wahl auf Grundlage von getrennten Vorschlägen der Mitglieder der Vertreterversammlung, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, und der Mitglieder der Vertreterversammlung, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.</p>	<p>Die Hausarzt- und die Facharztfraktion in der VV schlagen jeweils ihre(n) Kandidaten vor. Gewählt werden die Kandidaten aber von der Gesamtheit der VV. Die Psychotherapeuten sind den FÄ zugeordnet</p>	<p></p>

14. § 84 SGB V: (Arznei- und Heilmittelvereinbarung; Richtgrößen)

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 8 wird ergänzt: Die Absätze 1 bis 4 und 4b bis 7 sind für Heilmittel unter Berücksichtigung der</p>	<ul style="list-style-type: none"> • bundesweit einheitliche Praxisbesonder- 	<p> , da</p>

<p>besonderen Versorgungs- und Abrechnungsbedingungen im Heilmittelbereich entsprechend anzuwenden. Veranlasste Ausgaben im Sinne des Absatzes 5 Satz 1 betreffen die während der Geltungsdauer der Heilmittelvereinbarung mit den Krankenkassen abgerechneten Leistungen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legen erstmals zum 30. September 2012 Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln fest, die bei den Prüfungen nach §106 anzuerkennen sind. Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der in Satz 3 genannten Frist nicht zustande, entscheidet das Schiedsamt nach § 89 Abs. 4. Die Vertragsparteien nach § 106 Abs. 2 Satz 4 können darüber hinaus weitere anzuerkennende Praxisbesonderheiten vereinbaren. Die auf Praxisbesonderheiten und Genehmigungen nach § 32 Abs. 1a entfallenden Kosten verordneter Heilmittel sind bei der Vereinbarung der Richtgrößen nach Abs. 6 zu berücksichtigen.</p>	<p>heiten, die jedoch regional ergänzt werden können</p> <ul style="list-style-type: none"> • Praxisbesonderheiten gehen nicht mehr in das Richtgrößenvolumen des Arztes ein und sind damit nicht mehr regressrelevant • Richtgrößen der Fachgruppen werden um die Praxisbesonderheiten der Fachgruppe bereinigt 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtssicherheit bei den Praxisbesonderheiten geschaffen wird • Kompetenz der KVen zur regionalen Ausgestaltung und Anpassung der Praxisbesonderheiten gestärkt wird
--	--	---

15. § 85 SGB V: (Gesamtvergütung)

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 2 Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag vereinbart; die Landesverbände der Krankenkassen treffen die Vereinbarung mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart. Die Gesamtvergütung ist das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen; sie kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Die Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten ist nicht zulässig. Die Vertragsparteien haben auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit und für eine besonders qualifizierte onkologische Versorgung zu vereinbaren; das Nähere ist jeweils im Bundesmantelvertrag zu vereinbaren. Die Vergütungen der Untersuchungen nach den §§ 22, 25 Abs. 1 und 2, § 26 wer-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • KVen erhalten ein weitgehendes Gestaltungsrecht für die Vergütungssystematik, wobei diese nach wie vor in einer Gesamtvergütung begrenzt ist • Wesentliche Grundsätze der Honorarverteilung wie die leistungsproportionale Honorierung (Art und Umfang der Leistungen) entfallen 	<p> , da lange erhobene Forderung der KVen nach regionaler Verantwortung für den Honorarbereich umgesetzt wurde</p>

<p>den als Pauschalen vereinbart. Beim Zahnersatz sind Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans nicht zulässig. Soweit die Gesamtvergütung auf der Grundlage von Einzelleistungen vereinbart wird, ist der Betrag des Ausgabenvolumens nach Satz 2 zu bestimmen sowie eine Regelung zur Vermeidung der Überschreitung dieses Betrages zu treffen sowie eine Regelung zur Vermeidung der Überschreitung dieses Betrages zu treffen. Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 und nach § 53 Abs. 4 mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 6 und Ausgaben auf Grund der Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 Satz 3 sind auf das Ausgabenvolumen nach Satz 2 anzurechnen.</p> <p>Aufhebung der Regelungen des bisherigen Abs. 2a für den vertragsärztlichen Bereich</p>		
<p>Abs. 4a wird gestrichen Der Bewertungsausschuss (§ 87 Abs. 1 Satz 1) bestimmt Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach Absatz 4, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind;....</p>	<p>Die Regelungskompetenz des Bewertungsausschusses zur Trennung der Gesamtvergütung in den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich wird aufgehoben</p>	<p> , Neuregelung in § 87b Abs. 4</p>

16. § 87 SGB V: (Bundesmantelvertrag, EBM, bundeseinheitliche Orientierungswerte)
Förderung Telemedizin
Verzicht auf Sicherstellungszu- und -abschläge
Verzicht auf die AKR
Verzicht auf die Konvergenz

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 2a wird ergänzt: Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass unbeschadet</p>	<p>Förderung der Telemedizin dahingehend, dass der Bewertungsausschuss prüfen soll, welche Leistungen des</p>	<p></p>

<p>gemeinsam abrechenbarer Leistungen Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden. Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 1 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugrunde zu legen. Bei der Überprüfung nach Abs. 2 Satz 2 prüft der Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. Oktober 2012, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können; auf dieser Grundlage beschließt er bis spätestens zum 31. März 2013, inwieweit der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen ist.</p>	<p>EBM telemedizinisch erbracht werden sollen und dafür den EBM anpassen sollen</p>	
<p>Abs. 2b Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung sind sollen als Versichertenpauschalen abgebildet werden; für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen, oder nach Abs. 2a Satz 6 telemedizinisch erbracht werden können, können sind Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorgesehen werden vorzusehen. ... Mit den Pauschalen nach Satz 1 werden sollen die gesamten im Abrechnungszeitraum üblicherweise regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten erbrachten Leistungen einschließlich der anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen vergütet werden. Die Pauschalen nach Satz 1 können nach sollen einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird und soweit möglich nach weiteren insbesondere auf der Grundlage von Abrechnungsdaten empirisch ermittelten Morbiditätskriterien wie Alter und Geschlecht insbesondere zur Abbildung des Schweregrads der Erkrankung differenziert werden, um mit dem Gesundheitszustand verbundene Unterschiede im Behandlungsaufwand der Versicherten zu berücksichtigen.</p>	<p>Im hausärztlichen Bereich soll die Pauschalierung zugunsten der Stärkung förderungswürdiger Einzelleistungen oder Leistungskomponenten zurückgeführt werden</p>	<p></p>

<p>Abs. 2d Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen sind Regelungen einschließlich Prüfkriterien vorzusehen, die sicherstellen, dass der Leistungsinhalt der in den Absätzen 2b und 2c 2a bis 2c genannten Leistungen und Pauschalen jeweils vollständig erbracht wird, die jeweiligen notwendigen Qualitätsstandards eingehalten, die abgerechneten Leistungen auf den medizinisch notwendigen Umfang begrenzt sowie bei Abrechnung der Fallpauschalen nach Absatz 2c Satz 5 die Mindestanforderungen zu der institutionellen Ausgestaltung der Kooperation der beteiligten Ärzte eingehalten werden; dazu kann die Abrechenbarkeit der Leistungen an die Einhaltung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss und in den Bundesmantelverträgen beschlossenen Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen sowie an die Einhaltung der gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu erbringenden Dokumentationsverpflichtungen insbesondere gemäß § 295 Abs. 3 Satz 2 geknüpft werden. ...</p>	<p>Streichung der Ambulanten Kodierrichtlinien</p>	<p> , da lange erhobene Forderung insbesondere der KVBW</p>
<p>Abs. 2e Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen sind ist jährlich bis zum 31. August jeweils bundeseinheitliche Punktwerte als Orientierungswerte in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen 1. im Regelfall, 2. bei Feststellung von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 sowie 3. bei Feststellung von Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 Satz 1 festzulegen. ein bundeseinheitlicher Punktwert als Orientierungswert in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen festzulegen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abschaffung der Sicherstellungs- und abschläge, die eine Absenkung der Vergütung in überversorgten zu Gunsten unterversorgter Gebiete vorsahen • Jährlich Bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert durch den Bewertungsausschuss 	<p> , da lange erhobene Forderung der Ärzteschaft</p>
<p>Abs. 2f wird gestrichen Der für ärztliche Leistungen zuständige Bewertungsausschuss legt jährlich bis zum 31. August Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur nach § 87a Abs. 2 Satz 2 fest, auf deren Grundlage in den regionalen Punktwertvereinbarungen von den Orientierungs-</p>	<p>Vorgaben des Bewertungsausschusses hierzu sind gestrichen worden, (regionale) Abweichungen sind dagegen</p>	<p> , da Möglichkeit für die KVen, regional bei Versorgungspässen und förderungswürdigen Leis-</p>

werten nach Absatz 2e Satz 1 abgewichen werden kann.....	möglich und in § 87a Abs. 2 aufgeführt	tungen zu reagieren, enthalten ist
Abs. 2g Bei der Anpassung der Orientierungswerte des Orientierungswerts nach Absatz 2e sind insbesondere <ol style="list-style-type: none"> 1. die Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Absatz 2 Satz 2 erfasst worden sind, 2. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nach Absatz 2 Satz 2 erfasst worden sind, sowie 3. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen, soweit diese nicht durch eine Abstufungsregelung nach Absatz 2 Satz 3 berücksichtigt worden ist, sowie 4. aufgetretene Defizite bei der Steuerungswirkung der Orientierungswerte gemäß Absatz 2e Satz 1 Nr. 2 und 3 zu berücksichtigen. 		
Neuer Abs. 5a Bei den Beschlüssen zur Anpassung des EBM zur Vergütung der Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b ist der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Abs. 3 sowie der erweiterte Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Abs. 4 jeweils um drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und jeweils um drei weitere Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu ergänzen.		 , logische Konsequenz aus § 116 b (siehe dazu separate Anmerkungen)
Absätze 7 bis 9 werden aufgehoben	Aufhebung der Konvergenz. Nach Abs. 9 sollte der BA bis 30.04.2011 ein Konzept zur schrittweisen Konvergenz der Vergütung vorlegen.	 , da lange erhobene Forderung insbesondere der KVBW

17. § 87a SGB V: (Regionale Euro-Gebührenordnung, MGV, Behandlungsbedarf der Versicherten)

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 2 Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren auf der Grundlage der Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 des Orientierungswertes gem. § 87 Abs. 2e jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres Punktwerte, die einen Punktwert, der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden sind ist. Die Vertragspartner nach Satz 1 können dabei einen Zuschlag auf den oder einen Abschlag von den Orientierungswerten gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 dem Orientierungswert gem. § 87 Abs. 2e vereinbaren, um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Dabei sind zwingend die Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 2f anzuwenden. Der Zuschlag oder der Abschlag darf nicht nach Arztgruppen und nach Kassenarten differenziert werden und ist einheitlich auf alle Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 anzuwenden. Darüber hinaus können auf Grundlage von durch den Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in Planungsbereichen, für die Feststellungen nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen wurden, Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Absatz 2e für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart werden. Bei der Festlegung des Zu- oder Abschlags ist zu gewährleisten, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Aus den dem vereinbarten Punktwert nach diesem Absatz und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 ist eine regionale Gebührenordnung mit Europreisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen; in der Gebührenordnung sind dabei sowohl die Preise für den Regelfall als auch die Preise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung auszuweisen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit für Zu- und Abschläge für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Ärzte / Psychotherapeuten • Ausgabenwirksame Erhöhung der Gesamtvergütung • Kriterien müssen noch festgelegt werden 	<p> , da mehr Möglichkeiten für die KVen bestehen, regional bei Versorgungsengpässen und förderungswürdigen Leistungen zu reagieren</p> <p> Vorgaben des Bewertungsausschusses widersprechen dem Gedanken der Regionalität</p> <p> Keine Einschränkung von Unterstützungsmaßnahmen auf unterversorgte Gebiete!</p>
<p>Neuer Abs. 4 Grundlage der Vereinbarung über die Anpassung des Behandlungsbedarfs jeweils aufsetzend auf dem insgesamt für alle Versicherten mit wohnort im Bezirk</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderungsrate zur Anpassung des kassenübergreifenden 	<p> , da die Vielfalt der Faktoren, aus denen die</p>

<p>einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr nach Abs. 3 Satz 2 vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf sind insbesondere Veränderungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der Zahl der Versicherten der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen KV, 2. der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen KV, 3. von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des G-BA nach § 135 Abs. 1 beruhen, 4. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor und 5. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung; dabei sind die Empfehlungen und Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß Absatz 5 zu berücksichtigen. Bei der Ermittlung des Aufsatzwertes für den Behandlungsbedarf nach Satz 1 für eine Krankenkasse ist ihr jeweiliger Anteil an dem insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf entsprechend ihres aktuellen Anteils an der Menge der für vier Quartale abgerechneten Leistungen jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anzupassen. Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ist auf Grundlage der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 einerseits sowie auf Grundlage demographischer Kriterien (Alter und Geschlecht) andererseits durch eine gewichtete Zusammenfassung der vom Bewertungsausschuss als Verhandlungsempfehlungen nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilten Raten zu vereinbaren. Falls erforderlich, können weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden. 	<p>Behandlungsbedarfs (gemeinsam und einheitlich) bleibt bestehen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grundlage der Anpassung: <ul style="list-style-type: none"> -Zahl der Versicherten - Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Kassen - Veränderung des Leistungsumfangs - Verlagerung zwischen ambulant und stationär - Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven 	<p>Gesamtvergütung berechnet wird, erhöht wird</p>
<p>Abs. 5 Der Bewertungsausschuss beschließt ein Verfahren Empfehlungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. zur Bestimmung Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 4 so- 	<ul style="list-style-type: none"> • Der Bewertungsausschuss empfiehlt Kriterien für die Berechnung der Morbiditäts- 	<p> , da der Empfehlungscharakter Verhandlungsoptionen auf regionaler</p>

<p>wie</p> <p>2. zur Bestimmung Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Nr. 1 Satz 1 Nr. 2 sowie</p> <p>3. zur Bestimmung von Veränderungen von Art und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen nach Absatz 4 Nr. 2, 3 und 4. Vergütungen nach Abs. 3 Satz 5</p> <p>Der Bewertungsausschuss bildet zur Bestimmung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Satz 1 Nr. 2 diagnosebezogene Risikoklassen für Versicherte mit vergleichbarem Behandlungsbedarf nach einem zur Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung geeigneten Klassifikationsverfahren; Grundlage hierfür sind die vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Abs. 1 Satz 2 sowie die Menge der vertragsärztlichen Leistungen. Falls erforderlich können weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden, die mit den im jeweils geltenden Risikostrukturausgleich verwendeten Morbiditätskriterien vereinbar sind. Der Bewertungsausschuss hat darüber hinaus ein Verfahren festzulegen, nach welchem die Relativgewichte nach Satz 2 im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 zu bereinigen sind. Der Beschluss nach Satz 1 Nr. 1 ist erstmalig bis zum 31. August 2008, die Beschlüsse nach den Nummern 2 und 3 sowie Satz 4 sind erstmalig bis zum 30. Juni 2009 zu treffen.</p> <p>Bei der Empfehlung teilt der Bewertungsausschuss den in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartnern die Ergebnisse der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses zu den Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mit. Das Institut des Bewertungsausschusses errechnet für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zwei einheitliche Veränderungsdaten, wobei eine Rate insbesondere auf den Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 und die andere Rate auf demographischen Kriterien (Alter und Geschlecht) basiert. Die Veränderungsdaten werden auf der Grundlage des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 Teil B Ziffer 2.3 bestimmt mit der Maßgabe, die Datengrundlagen zu aktualisieren. Zur Ermittlung der diagnosenbezogenen Rate ist das geltende Modell des Klassifikationsverfahrens anzuwenden. Der Bewertungsausschuss kann das Modell in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüfen und</p>	<p>entwicklung, die zum einen auf Basis der Behandlungsdiagnosen zum anderen auf der Morbidität erfolgt. Das Institut des Bewertungsausschusses berechnet die Ergebnisse für jede KV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Berechnung der Morbidität der Behandlungsdiagnosen wird auf Basis einer Kodierung erfolgen, nicht aber der AKR • Hiervon abweichend behält der Bewertungsausschuss sein bundesweites Weisungsrecht bei der Festlegung der Bereinigungsmechanismen in den Selektivverträgen und der spezialärztlichen Behandlung 	<p>Ebene offen lassen</p>
---	---	---------------------------

<p>fortentwickeln. Der Bewertungsausschuss hat zudem Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch dieses Gesetz vorgesehenen Fällen sowie zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach Absatz 4 Satz 1 und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 2 zu beschließen; er kann darüber hinaus insbesondere Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 bis 5 und nach Absatz 4 Satz 3 und 4 sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 beschließen. Die Empfehlungen nach Satz 1 sowie die Vorgaben nach Satz 7 sind jährlich bis spätestens zum 31. August zu beschließen; die Mitteilungen nach Satz 2 erfolgen jährlich bis spätestens zum 15. September.</p>		
<p>Abs. 6 Die für die Vereinbarungen nach den Absätzen 2 bis 4 erforderlichen versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen im Wege elektronischer Datenverarbeitung unentgeltlich an die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien; sie können für die Erhebung und Verarbeitung der erforderlichen Daten auch eine Arbeitsgemeinschaft beauftragen. Art, Umfang, Zeitpunkt und Verfahren der Datenübermittlung bestimmt der Bewertungsausschuss erstmals bis zum 31. März 2009. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind in diesem Umfang befugt, versichertenbezogene Daten zu erheben und zu verwenden. Personenbezogene Daten sind zu löschen, sobald sie für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr erforderlich sind. Der Bewertungsausschuss beschließt erstmals bis zum 31. März 2012 Vorgaben zu Art, Umfang, Zeitpunkt und Verfahren der für die Vereinbarungen und Berechnungen nach Absatz 2 bis 4 erforderlichen Datenübermittlungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen an das Institut des Bewertungsausschusses, welches den Vertragspartnern nach Absatz 2 Satz 1 die jeweils erforderlichen Datengrundlagen bis zum 30. Juni eines jeden Jahres zur Verfügung stellt; § 87 Absatz 3f Satz 2 gilt entsprechend.</p>	<p>Das (von den Krankenkassen finanzierte) Institut des Bewertungsausschusses erhält weitgehend Hoheit über die Abrechnungsdaten</p>	<p> , da kein Grund, die bisherige Regelung zu ändern.</p>

18. § 87b SGB V: (Vergütung der Ärzte)

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p style="text-align: center;">Neue Fassung</p> <p>Abs. 1 Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Die Kassenärztliche Vereinigung wendet bei der Verteilung den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Bisherige Bestimmungen, insbesondere zur Zuweisung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen, gelten bis zur Entscheidung über einen Verteilungsmaßstab vorläufig fort.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Honorarverteilung nur noch im Benehmen mit den Krankenkassen, kein Vertrag (HVV) mehr erforderlich • Trennung der Verteilung nach Versorgungsbereichen • Pflicht zur Zuweisung von RLV entfällt 	<p> , da großer Spielraum für die KVen in der Honorarverteilung</p>
<p>Abs. 2 Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden. Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen; dabei können auch gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen auch als ein eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Abs. 3 vorgesehen werden, soweit dies einer Verbesserung der ambulanten Versorgung dient und das Praxisnetz von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt wird. Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Widerspruch und Klage gegen die Hono-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mengensteuerung obligatorisch • Kalkulationssicherheit soll gewährleistet werden • Einbeziehung der Kooperationsformen • Zeiteinheiten bei den Honorarverteilung nur noch im Benehmen mit den Krankenkassen, kein Vertrag (HVV) mehr erforderlich 	<p> , da Mengensteuerung immer zur Folge hat, dass keine festen Preise gelten</p>

<p>rarfestsetzung sowie gegen deren Änderung oder Aufhebung haben keine auf-schiebende Wirkung.</p>		
<p>Abs. 3 Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Abs. 1 oder 3 getroffen, dürfen für Ärzte der betroffenen Arztgruppe im Verteilungsmaßstab Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder –minderung nicht bei der Behandlung von Patienten des betreffenden Planungsbereiches angewendet werden. Darüber hinausgehend hat der Verteilungsmaßstab geeignete Regelungen vorzusehen, nach der die Kassenärztliche Vereinigung im Einzelfall verpflichtet ist, zu prüfen, ob und in welchem Umfang diese Maßnahme ausreichend ist, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fallzahlbegrenzung mehr in unterversorgten Gebieten und solchen mit festgestelltem lokalem Sonderbedarf • Gilt nur für Behandlung der Patienten, die aus diesem Gebiet kommen!! 	<p> , da Ausnahmen von den Fallzahlbegrenzungen sinnvoll</p> <p> Nicht durchführbar ist die Beschränkung der Fallzahlbegrenzung auf die Behandlung bestimmter Patienten!!</p>
<p>Abs. 4 Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Abs. 1 Satz 1 sowie Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Abs. 2 Satz 2 als Rahmenvorgabe für Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere zu Versorgungszielen im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Abs. 2 Satz 1 bis 3 zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die Vorgaben nach Satz 1 und 2 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • KBV muss Trennung der Vergütung in Versorgungsbereiche bestimmen • KBV muss Mengensteuerung bestimmen • KBV muss die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen regeln • KBV muss Verteilung in Bezug auf Kooperationen regeln • Einvernehmen mit GKV-SV erforderlich 	<p></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinnvoll sind bundesweite Vorgaben zur Trennung der Vergütung in die Versorgungsbereiche • Sinnvoll ist die bundesweite Regelung psychotherapeutischer Leistungen <p></p> <p>Verantwortung für die Mengensteuerung bei der KBV widerspricht dem Ziel einer Regionalisierung der Honorarpolitik</p>

19. § 87c SGB V: (Transparenz und Vergütung vertragsärztlicher Leistungen)

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Der Paragraph wird komplett neu gefasst</p> <p style="text-align: center;">Transparenz und Vergütung vertragsärztlicher Leistungen</p> <p>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht für jedes Quartal zeitnah nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungszeitraums sowie für jede Kassenärztliche Vereinigung einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Gesamtvergütungen, über die Bereinigungssummen und über das Honorar je Arzt und Arztgruppe. Zusätzlich ist über Arztzahlen, Fallzahlen und Leistungsmengen zu informieren, um mögliche Honorarunterschiede zu erklären. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hierzu die erforderlichen Daten. Das Nähere bestimmt die Kassenärztliche Bundesvereinigung.</p>	<p>KBV veröffentlicht Bericht über Ergebnisse der Honorarverteilung und Gesamtvergütung</p>	<p> , da die in Teilen grotesken Unterschiede im Fachgruppenvergleich zwischen den einzelnen Bundesländern transparent werden</p>

20. § 87d SGB V: (Vergütung der Leistung für die Jahre 2011 und 2012)

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p style="text-align: center;">Vergütung vertragsärztlicher Leistungen 2012</p> <p>Abs. 1 Für das Jahr 2012 ist kein Beschluss nach § 87 Absatz 2g zur Anpassung des Orientierungswertes nach § 87 Absatz 2e zu treffen. Der in § 87a Absatz 2 Satz 1 genannte Punktwert wird für das Jahr 2012 nicht angepasst. Die nach § 87a Absatz 2 Satz 2 bis 5 für das Jahr 2010 vereinbarten Zuschläge dürfen mit Wirkung für das Jahr 2012 in der Höhe nicht angepasst und darüber hinausgehende Zuschläge auf den Orientierungswert nicht vereinbart werden.</p> <p>Abs. 2 Der Behandlungsbedarf für das Jahr 2012 ist je Krankenkasse zu ermitteln, indem der für das Jahr 2011 vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf je Versicherten um 1,25 Prozent erhöht wird. § 87a Absatz 3 Satz 5 zweiter Halbsatz bleibt unberührt. Der sich aus Satz 1 ergebende Behandlungsbedarf für das Jahr 2012 wird mit dem in Absatz 1 Satz 2 genannten Punktwert in Euro be-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Übergangsregelung für das Jahr 2012 	<p></p>

wertet. Die Regelungen nach § 87a Absatz 3 Satz 4 sowie nach § 87a Absatz 4 Nummer 1, 3 und 4 werden für das Jahr 2012 nicht angewendet.		
--	--	--

**21. § 90 SGB V: (Landesausschüsse)
 § 14 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
 Beteiligung der Länder**

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 4 Die Aufgaben der Landesausschüsse bestimmen sich nach diesem Buch. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Landesausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. In den Landesausschüssen wirken die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.</p> <p>§ 14 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte Der Landesausschuß hat die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde über das Ergebnis der Beratungen zu unterrichten. Der Landesausschuss hat die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde an seinen Beratungen zu beteiligen. Wurde der Landesausschuss zur Entscheidung angerufen, legt er den beschlossenen Bedarfsplan mit dem Ergebnis der Beratungen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde im Rahmen der Rechtsaufsicht vor. Wird eine Nichtbeanstandung mit Auflagen verbunden, ist zu deren Erfüllung erneut zu beraten und bei Änderungen des Bedarfsplans erneut zu entscheiden. Beanstandet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde den Bedarfsplan oder erlässt sie den Bedarfsplan an Stelle des Landesausschusses selbst, ist der beanstandete oder selbst erlassene Bedarfsplan dem Landesausschuss sowie der Kassenärztlichen Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit der Begründung für die Beanstandung oder die Ersatzvornahme zuzuleiten.</p>	<p>Das Mitberatungsrecht des Landes an Sitzungen des Landesausschusses wird analog der Regelungen zur Beteiligung der Patientenvertreter ausgestaltet</p>	
<p>Neue Absätze 5 und 6 (5) Die Aufsicht über die Landesausschüsse führen die für die Sozialversiche-</p>	<p>Den Ländern wird ein Beanstandungsrecht</p>	

<p>zung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Der § 87 Abs. 1 Satz 2 und die §§ 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.</p> <p>(6) Die von den Landesausschüssen getroffenen Entscheidungen nach § 99 Abs. 2, § 100 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 sowie § 103 Abs. 1 Satz 1 sind den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden vorzulegen. Diese können die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. § 94 Abs. 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.</p> <p>§ 14 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte Kommt das Einvernehmen bei der Aufstellung und Fortentwicklung des Bedarfsplans zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nicht zustande, hat der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nach Anrufung durch einen der Beteiligten unverzüglich darüber zu beraten und zu entscheiden. Satz 1 gilt auch für den Fall, dass der Bedarfsplan von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde beanstandet wurde und einer der Beteiligten den Landesausschuss angerufen hat. Soweit die Hinzuziehung weiterer Beteiligter notwendig ist, gilt § 13 Abs. 1 und 2 entsprechend.</p>	<p>und Ersatzvorgabenrecht in den Landesausschüssen eingeräumt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedarfsplanung • Feststellung von Unterversorgung und zusätzlichem lokalem Sonderbedarf • Feststellung von Überversorgung 	
---	---	--

22. § 90a SGB V: (Gemeinsames Landesgremium)

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p style="text-align: center;">Gemeinsames Landesgremium</p> <p>(1) Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektoren-übergreifenden Versorgungsfragen abgeben.</p> <p>(2) Soweit das Landesrecht es vorsieht, ist dem gemeinsamen Landesgremium Gelegenheit zu geben, zu der Aufstellung und der Anpassung der Bedarfspläne nach § 99 abs. 1 und zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen nach § 99 Abs. 2, § 100 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 sowie § 103</p>	<p>Bildung eines neuen Landesgremiums:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gegebenenfalls weiter Kreis an Beteiligten • Lediglich Empfehlungscharakter; Möglichkeit zur Abgabe von Stellungnahmen 	<p></p>

Abs. 1 Satz 1 Stellung zu nehmen.		
-----------------------------------	--	--

**23. § 95 SGB V: (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung)
Medizinische Versorgungszentren**

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 1 An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein und ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).</p>	<p>Leiter eines MVZ</p> <ul style="list-style-type: none"> • muss selbst im MVZ als Arzt tätig sein • darf nicht weisungsgebunden sein 	
<p>Neuer Absatz 1a Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Vertragsärzten und von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die auf Grund</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nur Ärzte, Krankenhäuser sowie gemeinnützige Einrichtungen, die an der vertrags- 	

<p>von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden, die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 15 Abs. 1] bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort.</p>	<p>ärztlichen Versorgung teilnehmen, dürfen MVZ gründen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zulässig als Rechtsform nur noch GmbH und Personengesellschaft • Bestandsschutz für bereits existierende MVZ 	
<p>Abs. 6 Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Der Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen statt einer vollständigen auch eine hälftige Entziehung der Zulassung beschließen. Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz 1 Satz 4 und 5 oder des Absatzes 1a Satz 1 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegt. Medizinische Versorgungszentren, die unter den in Absatz 1a Satz 2 geregelten Bestandsschutz fallen, ist die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz in der bis zum [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 12 Abs. 1] geltenden Fassung seit mehr als sechs Monaten nicht mehr vorliegen oder das medizinische Versorgungszentrum gegenüber dem Zulassungsausschuss nicht bis zum [einsetzen: Datum sechs Monate nach Inkrafttreten gem. Artikel 12 Abs. 1] nachweist, dass die ärztliche Leitung den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 entspricht.</p>	<p>Bestandsschutz für MVZ ist in Bezug auf die ärztliche Leitung auf 6 Monate begrenzt, d. h. innerhalb der Frist müssen neue Voraussetzungen nachgewiesen sein, sonst droht Entziehung</p>	<p></p>
<p>Neuer Absatz 9b Eine genehmigte Anstellung nach Absatz 9 Satz 1 ist auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertrags-</p>	<p>Möglichkeit der Umwandlung einer genehmigten Anstellung in eine Zulassung (mind. hälftiger Versorgungs-</p>	<p></p>

<p>arzt nicht zugleich bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs. 4, wird der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung.</p>	<p>auftrag).</p>	
--	------------------	--

**24. § 98 SGB V: (Zulassungsverordnungen)
 § 19 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 2 Die Zulassungsverordnungen müssen Vorschriften enthalten über ... 12. die Voraussetzungen für eine Befristung von Zulassungen § 19 Abs. 4 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (neuer Absatz) In einem Planungsbereich ohne Zulassungsbeschränkungen mit einem allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad ab 100 Prozent kann der Zulassungsausschuss die Zulassung befristen."</p>	<p>Möglichkeit zur Befristung der Zulassung, wobei der bislang genannte Zeitraum von 2 Jahren aufgegeben wurde.</p>	<p> , da kontraproduktiv. Ärzte brauchen Planungssicherheit!!</p>

**25. § 99 SGB V: (Bedarfsplan)
 § 13 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 1 Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind zu beachten. Der Bedarfsplan ist in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Soweit dies zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, kann von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden. Den</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Optionale Einführung von weiteren Parametern wie Demografie und Morbidität in die Bedarfsplanung • Weitere Parameter sind möglich • Beanstandungsrecht der Aufsichtsministerien • Regionale Besonder- 	<p></p>

<p>zuständigen Landesbehörden ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der aufgestellte oder angepasste Bedarfsplan ist der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen. Sie kann den Bedarfsplan innerhalb einer Frist von zwei Monaten beanstanden.</p> <p>§ 13 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte Die Bedarfspläne sind im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden aufzustellen und fortzuentwickeln; sie sind deshalb so rechtzeitig zu unterrichten, daß ihre Anregungen in die Beratungen einbezogen werden können. Die zuständigen Landesbehörden sind über die Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne so rechtzeitig zu unterrichten, dass ihre Anregungen in die Beratungen einbezogen werden können.</p> <p>§ 13 Abs 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. Die aufgestellten oder fortentwickelten Bedarfspläne sind den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen und den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zuzuleiten. Die aufgestellten oder fortentwickelten Bedarfspläne sind den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen und den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zuzuleiten. Die aufgestellten oder angepassten Bedarfspläne sind den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen zuzuleiten. Sie sind den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden vorzulegen, die sie innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden können.</p>	<p>heiten erlauben Abweichung von den Richtlinien des G-BA</p>	
--	--	--

**26. § 101 SGB V: (Überversorgung)
 § 12 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 1 Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in Richtlinien Bestimmungen über</p> <p>1. einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einbeziehung der ermächtigten Ärzte in die Bedarfsplanung • Vorgaben für die Feststellung eines lokalen Sonderbedarfs 	<p> , da völlig unklar ist</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einbeziehung der ermächtigten Krankenhausärzte wegen ihrer Befristung und dem be-

<p>2. Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur,</p> <p>2a. Regelungen, mit denen die Berechnung des Versorgungsgrades die von Ärzten erbrachten spezialfachärztlichen Leistungen nach § 116b berücksichtigt werden</p> <p>2b. Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berücksichtigt werden</p> <p>3. Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, soweit diese zur <u>Wahrung der Qualität Gewährleistung</u> der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind, <u>um einen zusätzlichen lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf insbesondere innerhalb einer Arztgruppe zu decken,</u></p> <p>...</p> <p>Die regionalen Planungsbereiche sind mit Wirkung vom 1. Januar 2013 so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. sollen den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag mit dem Faktor 0,5 sowie die bei einem Vertragsarzt nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Ärzte, und die in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte und die in einer Einrichtung nach § 105 Abs. 1 Satz 2 angestellten Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen. Erbringen die in Satz 7 genannten Ärzte spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b, ist dies bei der Berechnung des Versorgungsgrades nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2a zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung ermächtigter Ärzte und der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte erfolgt nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2b.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit für eine Bedarfplanung, die kleinräumiger wird oder die einzelnen Fachgruppen berücksichtigt • Einbeziehung der Ärzte der spezialärztlichen Versorgung in die Bedarfsplanung • Konkretisierung der Vorgaben für Sonderbedarfszulassungen (lokal / qualifikationsbezogen) • Flexibilisierung der Planungsbereiche mit dem Ziel flächendeckende Versorgung, bei der Größe der Planungsbereiche kann nach Arztgruppen bzw. zwischen hausärztlicher, allgemeiner fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung differenziert werden 	<p>grenzten Versorgungsumfang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trennung von der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116 b (keine Bedarfsplanung)
<p>Abs. 2</p> <p>Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die auf der Grundlage des Absatzes 1 Satz 3 und 4 4 und 5 ermittelten Verhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen festzulegen, wenn dies erforderlich ist</p>	<p>Anpassung der Verhältniszahlen künftig nur nach sachgerechten Kriterien, insbesondere unter Berücksichtigung der</p>	<p></p>

<p>1. wegen der Änderung der fachlichen Ordnung der Arztgruppen, 2. weil die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe bundesweit die Zahl 1.000 übersteigt oder 3. zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung, dabei ist insbesondere die demografische Entwicklung zu berücksichtigen. Bei Anpassungen oder Neufestlegungen ist die Zahl der Ärzte zum Stand vom 31. Dezember des Vorjahres zugrunde zu legen.</p>	<p>demografischen Entwicklung</p>	
<p>§ 12 Abs. 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte Der Bedarfsplan hat nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und unter Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung auf der Grundlage einer regionalen Untergliederung des Planungsbereichs nach Absatz 2 Feststellungen zu enthalten insbesondere über</p> <ul style="list-style-type: none"> - die ärztliche Versorgung auch unter Berücksichtigung der Arztgruppen, - Einrichtungen der Krankenhausversorgung sowie der sonstigen medizinischen Versorgung, soweit sie Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und erbringen können, - Bevölkerungsdichte und -struktur, - Umfang und Art der Nachfrage nach vertragsärztlichen Leistungen, ihre Deckung sowie ihre räumliche Zuordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, - für die vertragsärztliche Versorgung bedeutsame Verkehrsverbindungen. <p>Bei der Abgrenzung der regionalen Planungsbereiche sollen die Grenzen den Stadt- und Landkreisen entsprechen; Abweichungen für einzelne Arztgruppen sind zulässig. Ist es auf Grund regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich, von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abzuweichen, sind die Abweichungen zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen. Sieht das Landesrecht die Einrichtung eines gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vor und sollen dessen Empfehlungen berücksichtigt werden, sind die sich daraus ergebenden Besonderheiten ebenfalls darzustellen.</p>	<p>Bei regionalen Besonderheiten sind künftig Abweichungen von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie möglich</p>	<p></p>

27. § 103 SGB V: (Zulassungsbeschränkungen)
Kriterien für die Regelung der Praxisnachfolge

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Neuer Abs. 3a Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, entscheidet der Zulassungsausschuss auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben, ob ein Nachbesetzungsverfahren nach Absatz 4 für den Vertragsarztsitz durchgeführt werden soll. Satz 1 gilt auch bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung; Satz 1 gilt nicht, wenn ein Vertragsarzt, dessen Zulassung befristet ist, vor Ablauf der Frist auf seine Zulassung verzichtet. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; dies gilt nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört. Der Zulassungsausschuss beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit, bei Stimmgleichheit ist dem Antrag abweichend von § 96 Absatz 2 Satz 6 zu entsprechen. § 96 Absatz 4 findet keine Anwendung. Ein Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes) findet nicht statt. Klagen gegen einen Beschluss des Zulassungsausschusses, mit dem einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen wird, haben keine aufschiebende Wirkung. Hat der Zulassungsausschuss den Antrag abgelehnt, hat die Kassenärztliche Vereinigung dem Vertragsarzt oder seinen zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis zu zahlen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zulassungsausschuss entscheidet, ob Antrag auf Nachbesetzung stattzugeben ist, wenn Arzt in einem überversorgten Gebiet ist • Voraussetzung: Gründe der Versorgung dürfen nicht entgegenstehen • Gilt nicht bei Ehegatten, Kindern, angestellten Ärzten, Partner in einer Gemeinschaftspraxis • Bei Stimmgleichheit ist dem Antrag auf Nachbesetzung zu entsprechen • KV muss bei Ablehnung des Antrages Praxiswert ersetzen 	<p></p> <p>Praxisschließungen verschlechtern die Versorgung, aber gangbare Lösung</p>
<p>Abs. 4 Hat der Zulassungsausschuss in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, nach Absatz 3a einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen, hat die Kassenärztliche Vereinigung den Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen. Satz 1 gilt auch bei hälftigem Verzicht oder</p>	<p>Auswahlkriterien bei Praxisnachfolge werden erweitert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 5 Jahre Tätigkeit in unterversorgtem Gebiet 	<p></p> <p>Regelung verstärkt Unterversorgung, wenn dort ansässige Ärzte bei der Praxisnachfolge in „attrak-</p>

<p>bei hälftiger Entziehung der Zulassung. Dem Zulassungsausschuß sowie dem Vertragsarzt oder seinen Erben ist eine Liste der eingehenden Bewerbungen zur Verfügung zu stellen. Unter mehreren Bewerbern, die die ausgeschriebene Praxis als Nachfolger des bisherigen Vertragsarztes fortführen wollen, hat der Zulassungsausschuß den Nachfolger nach pflichtgemäßem Ermessen auszuwählen. Bei der Auswahl der Bewerber sind die berufliche Eignung, das Approbationsalter und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen, ferner, ob der Bewerber der Ehegatte, ein Kind, ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde folgende Kriterien zu berücksichtigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die berufliche Eignung 2. das Approbationsalter 3. die Dauer der ärztlichen Tätigkeit 4. eine mindestens fünf Jahre dauernde vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Abs. 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, 5. ob der Bewerber Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes ist, 6. ob der Bewerber ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde, 7. ob der Bewerber bereit ist, besondere Versorgungsbedürfnisse, die in der Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung definiert worden sind, zu erfüllen. <p>Ab dem 1. Januar 2006 sind für ausgeschriebene Hausarztsitze vorrangig Allgemeinärzte zu berücksichtigen. Die Dauer der ärztlichen Tätigkeit nach Satz 5 Nr. 3 wird verlängert um Zeiten, in denen die ärztliche Tätigkeit wegen der Erziehung von Kindern oder der Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger in häuslicher Umgebung unterbrochen worden ist. Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben sind nur insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswerts der Praxis nicht übersteigt. Kommt der Zulassungsausschuss in den Fällen des Absatzes 3a Satz 3 zweiter Halbsatz bei der Auswahlentscheidung nach Satz 4 zu dem Er-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft zur Erfüllung besonderer Versorgungsbedürfnisse 	<p>tiven“ Gebieten bevorzugt werden</p>
---	--	---

<p>gebnis, dass ein Bewerber auszuwählen ist, der nicht dem in Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört, kann er auch die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes mit der Mehrheit seiner Stimmen ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; Absatz 3a Satz 5, 6 und 8 gilt in diesem Fall entsprechend.</p>		
<p>Neuer Absatz 4c: (4c) Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung durch Tod, Verzicht oder Entziehung von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein medizinisches Versorgungszentrum den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in der Einrichtung weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Die Absätze 3a, 4 und 5 gelten entsprechend. Abs. 4 gilt mit der Maßgabe, dass bei der Auswahl des Praxisnachfolgers ein medizinisches Versorgungszentrum ausgewählt, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, die in dem medizinischen Versorgungszentrum als Vertragsärzte tätig sind, gegenüber den übrigen Bewerbern nachrangig zu berücksichtigen ist. Dieser Nachrang gilt nicht für ein medizinisches Versorgungszentrum, das am 31. Dezember 2011 zugelassen war und bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte bereits zu diesem Zeitpunkt nicht bei den dort tätigen Vertragsärzten lag.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Übernahme durch ein MVZ nur, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen 	

**28. § 105 SGB V: (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung)
 Eigeneinrichtungen der KVen und der Kommunen
 Strukturfonds
 Aufkauf von Arztpraxen durch die KVen**

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 1 Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern;</p>	<p>Vergütung der Ärzte in Eigeneinrichtungen erfolgt aus der Gesamtvergütung</p>	

<p>zu den möglichen Maßnahmen gehört auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte in Gebieten oder in Teilen von Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Abs. 1 und 3 getroffen hat. Zum Betreiben von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, oder zur Beteiligung an solchen Einrichtungen bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Die in den Einrichtungen nach Satz 2 erbrachten ärztlichen Leistungen sind aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten.</p>		
<p>Neuer Absatz 1a: Die Kassenärztliche Vereinigung kann zur Finanzierung von Fördermaßnahmen in Gebieten, für die Beschlüsse nach § 100 Abs. 1 und 3 getroffen wurden, einen Strukturfonds bilden, für den sie 0,1 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt. Hat die Kassenärztliche Vereinigung einen Strukturfonds nach Satz 1 gebildet, haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien verwendet werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Option zur Bildung eines Strukturfonds in Höhe von 0,1% der MGV • Bildet KV den Fonds, müssen die Kassen identischen Betrag in gleicher Höhe zur Verfügung stellen 	<p> , da keine Pflicht und damit Handlungsoptionen der KVen erweitert werden</p>
<p>Abs. 3 Die Kassenärztlichen Vereinigungen können den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung als Vertragsarzt vom zweiundsechzigsten Lebensjahr an finanziell fördern. In einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ist eine finanzielle Förderung auch durch den Kauf der Arztpraxis durch die Kassenärztliche Vereinigung möglich, wenn auf eine Ausschreibung zur Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 1 verzichtet wird.</p>	<p>KVen dürfen - müssen aber nicht - Arztpraxen in überversorgten Gebieten aufkaufen, damit Praxen nicht nachbesetzt werden</p>	<p> , da nur Option für die KVen, keine Pflicht</p>
<p>Neuer Absatz 5 Kommunen können mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in begründeten Ausnahmefällen eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben. Ein begründeter Ausnahmefall</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunale Träger dürfen eigene Einrichtungen betreiben • Genehmigung der KV 	<p></p>

<p>kann insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Sind die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, hat der Zulassungsausschuss die Einrichtung auf Antrag zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind, zu ermächtigen. § 95 Absatz 2 Satz 7 bis 10 gilt entsprechend. In der kommunalen Eigeneinrichtung tätige Ärzte sind bei ihren ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden.</p>	<p>erforderlich</p> <ul style="list-style-type: none"> Kein Weisungsrecht an Ärzte dieser Einrichtungen 	
--	--	--

29. § 106 SGB V: (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 5c Die Prüfungsstelle setzt den den Krankenkassen zustehenden Betrag nach Absatz 5a fest; Zuzahlungen der Versicherten sowie Rabatte nach § 130a Abs. 8 auf Grund von Verträgen, denen der Arzt nicht beigetreten ist, sind als pauschalierte Beträge abzuziehen. Die Krankenkassen sollen der Prüfungsstelle die pauschalen Abzugsbeträge nach Satz 1 als Summe der Zuzahlungen der Versicherten und der erhaltenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 für die von der Apotheke abgerechneten Arzneimittel arztbezogen übermitteln. Die nach Maßgabe der Gesamtverträge zu entrichtende Vergütung verringert sich um diesen Betrag. Die Kassenärztliche Vereinigung hat in der jeweiligen Höhe Rückforderungsansprüche gegen den Vertragsarzt, die der an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Vergütung zugerechnet werden. Soweit der Vertragsarzt nachweist, dass ihn die Rückforderung wirtschaftlich gefährden würde, kann die Kassenärztliche Vereinigung sie entsprechend § 76 Abs. 2 Nr. 1 und 3 des Vierten Buches stunden oder erlassen. Abweichend von Satz 5 können die Krankenkassen ihre Rückforderung stunden oder erlassen; in diesem Fall gilt Satz 3 nicht. Abweichend von Satz 1 setzt die Prüfungsstelle für Ärzte, die erstmals das Richtgrößenvolumen um mehr als 25 Prozent überschreiten, für die Erstattung der Mehrkosten einen Betrag von insgesamt nicht mehr als 25 000 Euro für die ersten beiden Jahre einer <u>Überschreitung des Richtgrößenvolumens einer Festsetzung eines Betrages nach Satz 1</u> fest.</p>	<p>Begrenzung des Regresses auf max. 25.000 Euro in den ersten beiden Jahren einer Überschreitung (wie bereits im AMNOG)</p>	<p></p>

<p>Neuer Absatz 5e Abweichend von Absatz 5a Satz 3 erfolgt bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent eine individuelle Beratung nach Absatz 5a Satz 1. Ein Erstattungsbetrag kann bei künftiger Überschreitung erstmals für den Prüfzeitraum nach der Beratung festgesetzt werden. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt hat. Im Rahmen der Beratung nach Satz 1 können Vertragsärzte in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen. Eine solche Feststellung kann auch beantragt werden, wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung eines Erstattungsbetrags nach Absatz 5a droht. Das Nähere zur Umsetzung der Sätze 1 bis 5 regeln die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 4.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung vor Regress bei erstmaliger Überschreitung • Regress nur nach nochmaliger Überschreitung 	<p> , da mehr Rechtssicherheit für die Ärzte; Beratung vor Regress nun rechtsverbindlicher Anspruch des Vertragsarztes</p>
---	--	---

30. § 115a SGB V: (Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus)

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 1 Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder 2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung). <p>Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.</p>	<p>Niedergelassene Ärzte dürfen künftig im Auftrag des Krankenhauses dort tätig sein.</p>	<p> , da Forderung der KVBW; neue Tätigkeitsmöglichkeiten für Ärzte</p>

**31. § 116 SGB V: (Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte)
 § 31 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
 Ermächtigung für Reha-Ärzte**

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können Ärzte, die in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht, oder nach § 119b Satz 3 in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig sind, können, soweit sie über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen, mit Zustimmung des Krankenhausträgers jeweiligen Trägers der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist, vom Zulassungsausschuß (§ 96) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten Ärzten der in Satz 1 genannten Einrichtungen nicht sichergestellt wird.</p> <p>§31 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte</p> <p>Die Zulassungsausschüsse können über den Kreis der zugelassenen Ärzte hinaus weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, oder in besonderen Fällen Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder einen nach § 100 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu decken oder 2. einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausweitung der Möglichkeit zur Ermächtigung auf Ärzte in Reha-Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen • Facharztausbildung erforderlich 	

32. § 116a SGB V: (Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung)

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Der Zulassungsausschuss kann zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Abs. 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Deckung Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.</p>	<p>Erweiterung der Ermächtigungstatbestände auf einen vom Landesausschuss festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf</p>	<p></p>

33. § 116b SGB V: (Ambulante Spezialärztliche Versorgung)

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Der Paragraph wird neu gefasst (1) Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 insbesondere folgende schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen: 1. schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bei – onkologische Erkrankungen – HIV/AIDS – rheumatologischen Erkrankungen – Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3-4) – Multiple Sklerose – zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)</p>	<p>Definition:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen • Seltene Erkrankungen • Hochspezialisierte Leistungen • Erfordernis besonderer Qualifikation, interdisziplinäre und interprofessionelle Kooperation • Besondere Ausstattungen 	<p> , da klare Definition, welche Krankheiten hierunter fallen</p>

– komplexen Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie
– der Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden oder
– Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen,
2. seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen wie
– Tuberkulose
– Mukoviszidose
– Hämophilie
– Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen
– schwerwiegende immunologische Erkrankungen
– biliäre Zirrhose
– primär sklerosierende Cholangitis
– Morbus Wilson
– Transsexualismus
– Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen
- Marfan-Syndrom
– pulmonale Hypertonie
– Kurzdarmsyndrom
– Versorgung von Patienten vor oder nach Lebertransplantation
sowie
3. hochspezialisierte Leistungen
– CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
– Brachytherapie.
Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(2) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser sind berechtigt, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1, deren Behandlungsumfang der Gemeinsame Bundesausschuss nach den Absätzen 4 und 5 erfüllen und dies gegenüber dem nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 1 erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 unter Beifügung entsprechender Belege anzuzeigen. Soweit der Abschluss von Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 9 und 10 zwischen den in Satz 1 genannten Leistungserbringern erforderlich ist, sind diese im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Satz 1 ebenfalls vorzulegen. Dies gilt nicht, wenn der Leistungserbringer glaubhaft versichert, dass ihm die Vorlage aus den in Absatz 4 Satz 11 zweiter Halbsatz genannten Gründen nicht möglich ist. Der Leistungserbringer ist nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang seiner Anzeige bei der zuständigen Landesbehörde zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt, es sei denn, der Landesausschuss nach Satz 1 teilt ihm innerhalb dieser Frist mit, dass er die Anforderungen und Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt. Der Landesausschuss nach Satz 1 kann von dem anzeigenden Leistungserbringer zusätzlich erforderliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 4 unterbrochen. Nach Satz 4 berechnete Leistungserbringer haben ihre Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankengesellschaft zu melden und dabei den Erkrankungs- und Leistungsbereich anzugeben, auf den sich die Berechtigung erstreckt. Erfüllt der Leistungserbringer die für ihn nach den Sätzen 1 und 2 maßgeblichen Voraussetzungen für die Berechtigung an der Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nicht mehr, hat er dies unverzüglich unter Angabe des Zeitpunkts ihres Wegfalls gegenüber dem Landesausschuss nach Satz 1 anzuzeigen sowie den in Satz 6 genannten Stellen zu melden. Der Landesausschuss nach Satz 1 kann einen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aus gegebenem Anlass sowie unabhängig davon nach Ablauf von mindestens fünf Jahren seit seiner erstmaligen Teilnahmeanzeige oder der letzten späteren Überprüfung seiner Teilnahmeberechtigung auffordern, ihm

Teilnehmer:

- „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer“
- Zugelassene Krankenhäuser

Bedingungen:

- Erfüllung der vom G-BA vorgegebenen Anforderungen und einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung
- Vorliegen der durch den G-BA vorausgesetzten Kooperationsvereinbarung KH-Arzt (in der Onkologie obligat)
- Anzeige gegenüber dem Landesausschuss unter Vorlage entsprechender Belege, Meldung an Kassen, LKG und KV („auf Zuruf“)



, da klare Qualitätsanforderungen, die auch für die Krankenhäuser gelten

<p>gegenüber innerhalb einer Frist von zwei Monaten nachzuweisen, dass er die Voraussetzungen für seine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin erfüllt. Die Sätze 4, 5 und 7 gelten entsprechend.</p>		
<p>(3) Für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 wird der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 Absatz 1 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie nach § 90 Absatz 2 jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Landesausschuss). Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankengesellschaft bestellt. Über den Vorsitzenden des erweiterten Landesausschusses und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankengesellschaft einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der Landeskrankengesellschaft berufen. Die dem Landesausschuss durch die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 2 entstehenden Kosten werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankengesellschaft getragen. Der erweiterte Landesausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt. Der erweiterte Landesausschuss kann für die Beschlussfassung über Entscheidungen im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Absatz 2 in seiner Geschäftsordnung abweichend von Satz 1 die Besetzung mit einer kleineren Zahl von Mitgliedern festlegen. Er ist befugt, geeignete Dritte ganz oder teilweise mit der Durchführung von Aufgaben nach Absatz 2 zu beauftragen und kann hierfür nähere Vorgaben beschließen.</p>		
<p>(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie bis zum 31.12.2012 das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach Absatz 1. Er konkretisiert die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 2 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen</p>	<p>Überweisungsvorbehalt durch die Vertragsärzte bei schweren Erkrankungen</p>	<p></p>

Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen und bestimmt den Behandlungsumfang. In Bezug auf Krankenhäuser, die an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss für Leistungen, die sowohl ambulant spezialfachärztlich als auch teilstationär oder stationär erbracht werden können, allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung ausnahmsweise nicht ausreichend ist und eine teilstationäre oder stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Er regelt die sächlichen und persönlichen Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung. Bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen setzt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung die Überweisung durch einen Vertragsarzt voraus; das Nähere hierzu regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach Satz 1. Satz 5 gilt nicht bei Zuweisung von Versicherten aus dem stationären Bereich. Für seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss, in welchen Fällen die ambulante spezialärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Arzt voraussetzt. Für die Behandlung von schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, bei denen es sich nicht zugleich um seltene Erkrankungen oder Erkrankungszustände mit geringen Fallzahlen handelt, kann er Empfehlungen als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt abgeben, in welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist. Zudem kann er für die Versorgung bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 Satz 1 in diesem Versorgungsbereich fördern. Für die Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen hat er Regelungen für solche Vereinbarungen zu treffen. Diese Vereinbarungen nach den Sätzen 6 und 7 sind Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, es sei denn,

Zuständigkeit G-BA:

- Konkretisierung der Erkrankungen
- Behandlungsumfang
- Sächliche und persönliche Anforderungen
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- Voraussetzung einer Überweisung durch den Vertragsarzt bei seltenen Erkrankungen
- Regelungen zur Vereinbarung zu Kooperationsvereinbarungen
- Ergänzung des Kataloges der Erkrankungen nach Abs. 1

<p>dass ein Leistungserbringer eine Vereinbarung nach den Sätzen 9 oder 10 nicht abschließen kann, weil in seinem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung relevanten Einzugsbereich</p> <p>a) kein geeigneter Kooperationspartner vorhanden ist oder</p> <p>b) er dort trotz ernsthaften Bemühens innerhalb eines Zeitraums von mindestens zwei Monaten keinen zur Kooperation mit ihm bereiten geeigneten Leistungserbringer finden konnte.</p> <p>(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt den Katalog nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 2 und 4 auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Absatz 2 Satz 1, einer Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach § 140f nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 um weitere schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie um hochspezialisierte Leistungen. Im Übrigen gilt Absatz 4 entsprechend.</p>		
<p>(6) Die Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet; vertragsärztliche Leistungserbringer können die Kassenärztliche Vereinigung gegen Aufwundersatz mit der Abrechnung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beauftragen. Für die Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinien gemäß den Abs. 4 und 5. Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. Bei den seltenen Erkran-</p>	<p>Vergütung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direkt mit der Krankenkasse • Vertragsärzte auch mit der KV • Diagnosebezogene Gebührenpositionen, die vereinbart werden • Bei öffentlich geförderten Krankenhäusern wird die Vergütung um 5% gekürzt (Investitionskostenabschlag) 	

<p>kungen sollen die Gebührenpositionen für die Diagnostik und die Behandlung getrennt kalkuliert werden. Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen. Die Gebührenpositionen sind in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von 3 Monaten festgesetzt, das hierzu um weitere Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird und mit einer Mehrheit der Stimmen der Mitglieder beschließt; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend. Bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a bestimmten abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung; dabei ist die Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag von 5 Prozent zu kürzen. Der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 und jeweils bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinien gemäß den Absätzen 4 und 5 insbesondere so anzupassen, dass die Leistungen nach Absatz 1 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach den Absätzen 4 und 5 angemessen bewertet sind und nur von den an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern abgerechnet werden können. Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit und sowie der Qualität, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu in der Richtlinie nach Absatz 4 keine abweichende Regelung getroffen hat, erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst der Krankenkassen beauftragen können; ihnen sind die für die Prüfungen erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten nach Absatz 2 auf Verlangen vorzulegen. Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien nach Satz 2 vereinbart; Satz 6 7 gilt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtvergütung ist um Bestandteil der Leistungen der spezialärztlichen Versorgung zu bereinigen 	
--	--	--

<p>entsprechend. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 ist in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind. Die Bereinigung darf nicht zu Lasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen. In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.</p>		
<p>(7) Die ambulante spezialärztliche Versorgung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 8 und 12 ein, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrags nach Absatz 2 erforderlich sind; § 73 Absatz 2 Nr. 9 gilt entsprechend. Die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Absatz 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. Verordnungen im Rahmen der Versorgung nach Absatz 1 sind auf den Vordrucken gesondert zu kennzeichnen. Leistungserbringer nach Absatz 2 erhalten ein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht, und tragen dieses auf die Vordrucke auf. Das Nähere zu Form und Zuweisung der Kennzeichen nach den Sätzen 4 und 5, zur Bereitstellung der Vordrucke sowie zur Auftragung der Kennzeichen auf die Vordrucke ist in der Vereinbarung nach Absatz 6 Satz 12 zu regeln. Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt § 113 Absatz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Prüfung durch die Prüfungsstellen entsprechend § 106 Absatz 2 Satz 12 bis 14 und 17, § 106 Absatz 4 und 4a sowie § 106 Absatz 5 bis 5d gegen Kostenersatz durchgeführt wird, soweit die Krankenkasse mit dem Leistungserbringer nach Absatz 2 nichts anderes vereinbart hat.</p> <p>(8) Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum (Tag vor Inkrafttreten dieses Gesetzes) geltenden Fassung getroffen wurden, gelten bis zu deren Aufhebung durch das Land weiter. Das Land hat eine nach Satz 1 getroffene Bestimmung für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 oder 2 oder eine hochspezialisierte Leistung nach Absatz 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln, Kranken-transport, häuslicher Pflege usw. ist eingeschlossen 	

<p>Satz 2 Nummer 3, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in der Richtlinie nach Absatz 4 Satz 1 geregelt hat, spätestens zwei Jahre nach dem Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses aufzuheben. Die von zugelassenen Krankenhäusern auf Grund von Bestimmungen nach Satz 1 erbrachten Leistungen werden nach § 116b Absatz 5 in der bis zum (Tag vor Inkrafttreten dieses Gesetzes) geltenden Fassung vergütet.</p> <p>(9) Die Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung sind fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zu bewerten. Gegenstand der Bewertung sind insbesondere der Stand der Versorgungsstruktur, der Qualität sowie der Abrechnung der Leistungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auch im Hinblick auf die Entwicklung in anderen Versorgungsbereichen. Die Ergebnisse der Bewertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. März 2017 zuzuleiten. Die Bewertung und die Berichtspflicht obliegen dem Spitzenverband Bund, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam.</p>		
--	--	--

34. § 127 SGB V: (Verträge)

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Neuer Absatz 6 Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene geben gemeinsam Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln ab. In den Empfehlungen können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden. § 139 Abs. 2 bleibt unberührt. Die Empfehlungen nach Satz 1 sind den Verträgen nach den Absätzen 1, 2 und 3 zu Grunde zu legen.</p>	<p>Laut Begründung Beitrag zum Bürokratieabbau in Form einer Vereinheitlichung der Verordnungs- und Abrechnungsmodalitäten von Hilfsmitteln</p>	<p> , da dies die Verordnungstätigkeit in der vertragsärztlichen Praxis erleichtert.</p>

35. § 24 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
Abschaffung der Residenzpflicht

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Absatz 2 Der Vertragsarzt muß am Vertragsarztsitz seine Sprechstunde halten. Er hat seine Wohnung so zu wählen, daß er für die ärztliche Versorgung der Versicherten an seinem Vertragsarztsitz zur Verfügung steht. Liegt der Vertragsarztsitz in einem unterversorgten Gebiet, gilt die Pflicht bei der Wohnungswahl nach Satz 2 nicht.</p>	<p>Die Residenzpflicht ist vorbehaltlich eines funktionierenden Not- und Vertretungsdienstes abgeschafft.</p>	<p></p>
<p>Abs. 3 Vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten sind zulässig, wenn und soweit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und 2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird; geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes sind unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen. Sofern die weiteren Orte im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung liegen, in der der Vertragsarzt Mitglied ist, hat er bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf vorherige Genehmigung durch seine Kassenärztliche Vereinigung. Sofern die weiteren Orte außerhalb des Bezirks seiner Kassenärztlichen Vereinigung liegen, hat der Vertragsarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er die Tätigkeit aufnehmen will; der Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er seinen Vertragsarztsitz hat, sowie die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen sind vor der Beschlussfassung anzuhören. Der nach Satz 3 ermächtigte Vertragsarzt kann die für die Tätigkeit an seinem Vertragsarztsitz angestellten Ärzte auch im Rahmen seiner Tätigkeit an dem weiteren Ort beschäftigen. Er kann außerdem Ärzte für die Tätigkeit an dem weiteren Ort nach Maßgabe der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragsarzt gelten würden, wenn er an dem weiteren Ort zugelassen wäre. Zuständig für die Genehmigung der Anstellung nach Satz 6 ist der für die Erteilung der Ermächtigung nach Satz 3 zu- 	<p>Bei Genehmigung von Nebenbetriebsstätten darf nicht (mehr) schematisch auf die Entfernung oder Fahrzeit zwischen Vertragsarztsitz und Nebenbetriebsstätte abgestellt werden (Abwägungsprozess erforderlich!)</p>	<p></p>

ständige Zulassungsausschuss. Keiner Genehmigung bedarf die Tätigkeit eines Vertragsarztes an einem der anderen Vertragsarztsitze eines Mitglieds der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft nach § 33 Abs. 2, der er angehört.		
Abs. 7 Der Zulassungsausschuß hat darf den Antrag eines Vertragsarztes auf Verlegung seines Vertragsarztsitzes zu nur genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.	Verlegungsanträge sind künftig stärker unter Versorgungsgesichtspunkten zu prüfen.	

**36. § 32 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
 Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie**

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
Abs. 1 Der Vertragsarzt hat die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen. Eine Vertragsärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von sechs zwölf Monaten vertreten lassen; die Vertretungszeiten dürfen zusammen mit den Vertretungszeiten nach Satz 2 innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten eine Dauer von sechs Monaten nicht überschreiten. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist sie der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen. Der Vertragsarzt darf sich grundsätzlich nur durch einen anderen Vertragsarzt oder durch einen Arzt, der die Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 erfüllt, vertreten lassen. Überschreitet innerhalb von zwölf Monaten die Dauer der Vertretung einen Monat, kann die Kassenärztliche Vereinigung beim Vertragsarzt oder beim Vertreter überprüfen, ob der Vertreter die Voraussetzungen nach Satz 5 erfüllt und keine Ungeeignetheit nach § 21 vorliegt.	Verlängerung der Frist, in der für Ärztinnen eine Vertretung bei einer Entbindung möglich ist	
Abs. 2 Die Beschäftigung von Assistenten gemäß § 3 Abs. 3 bedarf der Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Im Übrigen darf der Vertragsarzt einen Vertreter oder einen Assistenten nur beschäftigen,	Beschäftigungsmöglichkeit von Entlastungsassistenten bei Pflege von Angehörigen und währ-	

<p>1. wenn dies im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung oder aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt die vorherige Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung ist erforderlich. 2. während Zeiten der Erziehung von Kindern bis zu einer Dauer von 36 Monaten, wobei dieser Zeitraum nicht zusammenhängend genommen werden muss, und 3. während der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten. Die Kassenärztliche Vereinigung kann die in Satz 2 Ziffer 2 und 3 genannten Zeiträume verlängern. Für die Beschäftigung eines Vertreters oder Assistenten ist die vorherige Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich. Die Dauer der Beschäftigung ist zu befristen. Die Genehmigung ist zu widerrufen, wenn die Beschäftigung eines Vertreters oder Assistenten nicht mehr begründet ist; sie kann widerrufen werden, wenn in der Person des Vertreters oder Assistenten Gründe liegen, welche beim Vertragsarzt zur Entziehung der Zulassung führen können.</p>	<p>rend der Erziehungszeit</p>	
--	--------------------------------	--

37. § 32b Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Neuer Abs. 5 Auf Antrag des Vertragsarztes ist eine nach Absatz 2 genehmigte Anstellung vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragsarzt nicht zugleich bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, wird der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung.</p>	<p>Umwandlung einer genehmigten Anstellung in eine Zulassung</p>	<p></p>

38. § 33 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Abs. 2 Die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist zulässig unter allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern an einem gemeinsamen Vertragsarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft). Sie ist auch zulässig bei unterschiedlichen Vertragsarztsitzen der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft), wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des jeweiligen Mitglieds an seinem Vertragsarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Ärzte und Psychotherapeuten in dem erforderlichen Umfang gewährleistet ist sowie das Mitglied und die bei ihm angestellten Ärzte und Psychotherapeuten an den Vertragsarztsitzen der anderen Mitglieder nur in zeitlich begrenztem Umfang tätig werden. Die gemeinsame Berufsausübung, bezogen auf einzelne Leistung, ist zulässig, sofern diese Berufsausübungsgemeinschaft nicht zur Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen mit überweisungsberechtigten Leistungserbringern gebildet wird. die gemeinsame Berufsausübung, bezogen auf einzelne Leistungen, ist zulässig, sofern diese nicht einer Umgehung des Verbots der Zuweisung von Versicherten gegen Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile nach § 73 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dient. Eine Umgehung liegt insbesondere vor, wenn sich der Beitrag des Arztes auf das Erbringen medizinisch-technischer Leistungen auf Veranlassung der übrigen Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft beschränkt oder wenn der Gewinn aus der gemeinsamen Berufsausübung ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der jeweils persönlich erbrachten Leistungen entspricht.</p>	<p>Neben § 128 ff des SGB V stellt dies eine massive Verschärfung der Bestimmungen Zuweisung gegen Entgelt dar.</p>	<p></p>

39. § 221b SGB V: (Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich)

Neuer Text	Anmerkung	Stellungnahme KVBW
<p>Neuer Abs. 2 Die Bundesregierung evaluiert die mit den Maßnahmen nach § 85 und § 87a Absatz 2 Satz 3 in der am [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 12</p>	<p>Verringerung des Beitrages des Bundes zum Sozialausgleich bei den</p>	<p> , da Verringerung letztendlich zu Lasten auch</p>

<p>Absatz 1] geltenden Fassung verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014. Das Ergebnis der Evaluierungen nach Satz 1 wird bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich nach Absatz 1 Satz 2 mindernd berücksichtigt, soweit sich aus diesem Ergebnis unter Berücksichtigung von Einspareffekten Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben.</p>	<p>Krankenkassen, falls Maßnahmen des Gesetzes nach § 85 und 87 b zu Mehrausgaben führen.</p>	<p>der Ärzte geht.</p>
--	---	------------------------