

	A	B	C	D	E
1	GKV-VSG Referentenentwurf vom 13.10.2014 (inkl. Änderung zur Verbändeanhörung 21.10.2014)				
2	Kommentierungen der KVBW zu den Änderungen des SGB V (Artikel 1 und 2)				
3	Nr.	Paragraph §	Inhalt der Änderung	Gesetzesbegründung	Kommentierung KVBW
4	5	§ 27b -NEU-	<p>Zweitmeinung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rechtsanspruch des Versicherten auf Einholen unabhängiger ärztliche Zweitmeinung zur Abklärung medizinischer Notwendigkeit / Sachgerechtigkeit des vorgesehenen Eingriffs vor mengenanfälligen planbaren Eingriffen (amb. und/oder stat.) - Zur Erbringung einer Zweitmeinung sind berechtigt: <ol style="list-style-type: none"> 1. zugelassene Ärzte, 2. zugelassene medizinische Versorgungszentren, 3. ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen sowie 4. zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V - Informationspflicht KVen gemeinsam mit LKG über geeignete Leistungserbringer - Aufklärungspflicht des Arzt, der Indikation für planbaren Eingriff stellt, ggü. Versicherten mind. 10 Tage vor geplantem Eingriff mündlich über Rechtsanspruch auf Zweitmeinung. - RL durch G-BA bis 31.12.2015: <ol style="list-style-type: none"> a) Definition der planbaren Eingriffe, für die Anspruch auf Zweitmeinung besteht b) Definition der eingriffsbezogenen Anforderungen an Leistungserbringer 	<p><u>Ziel:</u></p> <p>1.) Versicherten sollen sich künftig darauf verlassen können, dass nur solche Eingriffe durchgeführt werden, die auch tatsächlich medizinisch notwendig sind.</p> <p>2.) gesonderte Sachleistung der vertragsärztl. Versorgung => Vorgabe: Schaffung einer gesonderten Abrechnungsmöglichkeit im EBM bis 31.03.2016 (s. § 87 Abs. 2a S. 9 - neu -).</p>	<p>positiv </p> <ul style="list-style-type: none"> - da Klarstellung, dass dies bisher keine vertragsärztliche Leistung (s. § 73 Abs. 2 S. 1 Nr. 13 - neu -) <p><u>Auswirkung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - zusätzliche Facharzttermine - Mehraufwand für Ärzte <p>Handlungsbedarf:</p> <p>Nach dem Koalitionsvertrag ist Zweitmeinungsverfahren durch die KVen zu finanzieren, <u>daher:</u></p> <p>=> Vergütung zu festen Preisen außerhalb mGV, da neue Leistung (s. § 87 Abs. 2 a SGB V)</p>
5	6	§ 39 Abs. 1a -NEU-	<p>Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bestandteil der Krankenhausbehandlung - Entlassmanagement = Festlegung medizinisch unmittelbar erforderlicher Anschlußleistungen in einem Entlassplan. - Krankenhaus kann mit niedergelassenen Ärzten vereinbaren, Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. - eingeschränkte Verordnungsmöglichkeit für KH zur Versorgung des Versicherten unmittelbar nach Entlassung (Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie in einem Zeitraum von bis zu 7 Tagen verordnen (§ 92 Abs. 1 s. 2 Nr. 6) - Verordnungsvolumen Arzneimittel: jeweils kleinste Packung gemäß Packungsgrößenverordnung - bzgl. Verordnung gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung (§ 106 Abs. 5). - Konkretisierungen zum Ordnungsverfahren in Rahmenvertrag zw. KBV, GKV-SpiV und DKG erfolgen. 	<p><u>Hinweis:</u></p> <p>Es bleibt grundsätzlich Aufgabe der Vertragsärzte, die ambulante Versorgung der Versicherten nach einer Krankenhausbehandlung sicherzustellen.</p> <p><u>Ziel Verordnung durch KH:</u></p> <p>Sicherstellung einer durchgehenden Versorgung des Versicherten; => Leistungen wie häusliche Krankenpflege und Heilmittelversorgung können vom KH für eine Dauer von maximal 7 Tagen verordnet werden.</p>	<p>positiv , aber:</p> <p>Handlungsbedarf:</p> <p>1.) Konkretisierung des Entlassmanagements unabdingbar erforderlich wegen negativer Erfahrungen mit Umsetzung § 115a:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Was genau umfasst das <u>Entlassmanagement</u> bzw. wie ist "Entlassplan" zu gestalten? b) Welche <u>Aufgaben</u> können Vertragsärzte übernehmen? c) <u>Wie</u> wird Übernahme der Aufgaben vom KH <u>vergütet</u>? <p>Daher detaillierte Definition der Aufgaben des Entlassmanagements notwendig: Formulierungsvorschlag Abs. 1a S. 7:</p> <p>"Das Nähere zu den Sätzen 1 bis 6 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in einer Richtlinie nach § 92 bis zum 31. Dezember 2015; (...)."</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p>Eine nachhaltige und für alle Beteiligten tragbare Regelung an der komplexen Schnittstelle ambulant - stationär sollte übergeordnet erfolgen (z. B. Ergänzung § 6 Krankenhausbehandlungs-RL des G-BA).</p> <p>2.) Einbezug vor- und nachstationärer Behandlung nach § 115a:</p> <p>In die Regelung eines Entlassmanagements als Krankenhausleistung an der Schnittstelle stationär - ambulant sollte die vor- und nachstationäre Behandlung, zur Zeit geregelt in § 115a, einbezogen werden, da es sich hierbei im weiteren Sinne - zumindest was die nachstationäre Behandlung angeht - auch um Entlassmanagement handelt. Durch die aktuelle BSG-Rechtsprechung ist § 115a SGB V in seiner jetzigen Fassung für die Praxis quasi nicht mehr anwendbar. Eine gesetzliche Regelung, ob, in welchem Zeitfenster und welche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung außerhalb des Krankenhauses durch niedergelassene Ärzte zu welchen Bedingungen erbracht werden dürfen und wie diese zu vergüten sind, ist für beide Sektoren - und gleichermaßen für die in beiden Sektoren zu versorgenden Patienten - unabdingbar.</p> <p>Denkbare Maßnahmen wären zum einen eine Neukonzeption des § 115a als "Entlassmanagement, vor- und nachstationäre Behandlung", weiterhin eine</p>

	A	B	C	D	E
3	Nr.	Paragraph §	Inhalt der Änderung	Gesetzesbegründung	Kommentierung KVBW
6					<p>Konkretisierung und Präzisierung durch den G-BA in einer Richtlinie sowie eine dreiseitige Vereinbarung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung über eine einheitliche Vergütungsregelung für Krankenhäuser und Vertragsärzte ab Entlassung (z. B. analog § 115a nach EBM, unter Beachtung BSG-Rechtsprechung zur gleichen Vergütung gleicher Leistungen in beiden Sektoren) und schließlich eine Aussetzung der MDK-Prüfungen nach § 275 hinsichtlich nachstationärer Leistungen.</p> <p>3.) Finanzierung: Klarstellung, dass Finanzierung des Entlassmanagers insgesamt zu Lasten des stationären Sektors</p> <p>4.) Verordnungen durch das KH im Rahmen des Entlassmanagements - leider nur "Kann"-Regelung - gut: nach § 106 Abs. 5 - neu - werden KHer den Vertragsärzten gleichgestellt und unterfallen den leistungsrechtlichen Vorgaben und Bestimmungen, die für Vertragsärzte gelten. - Aber: KH-Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements dürfen nicht in die Rahmenvereinbarungen nach § 84 eingehen!</p>
7	13	§ 71 Abs. 4, 5, 6	<p>Vorlagepflicht von Selektivverträgen für KKen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abs. 4 + 5: Streichung der Vorlagepflicht von Selektivverträgen für KKen bei Aufsichtsbehörden, nur noch "Übermittlung" verpflichtend. - Abs. 6: Aufsichtsbehörden bekommen erhöhte Eingriffsbefugnisse, wenn geltendes Recht in Selektivverträgen nach §§ 73b, 140a - neu - in erheblicher Weise verletzt wird. 	Ziel: Vereinfachung des Verfahrens zum Abschluss von Selektivverträgen	<p>positiv </p> <p>- da Vereinfachung des Abschlusses von Selektivverträgen</p>
8	16	§ 73b Abs. 5 S. 3 -NEU- Abs. 7	<p>HZV:</p> <p>Weiterentwicklung HZV - Abs. 5. S. 3 neu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leistungsumfang darf über Umfang der Regelversorgung hinausgehen (z.B. Satzungsleistungen, innovative Leistungen, Verordnungsfähigkeit von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel mit Ausnahme Life-Style-Arzneimittel). - es dürfen auch Vereinbarungen getroffen werden, die nur die Organisation der Versorgung betreffen. <p>Neufassung Bereinigung - Abs. 7:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bereinigung erfolgt rechtzeitig zum vertraglich geregelten Zeitpunkt des Beginns der HZV entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der vorab eingeschriebenen Versicherten sowie dem vertraglich vereinbarten Inhalt der HZV nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7. - Datenübermittlung durch KKen: bis spätestens drei Wochen vor dem Kalendervierteljahr, in dem die HZV beginnt. - KK kann zum vertraglich geregelten Zeitpunkt des Beginns der HZV und falls eine rechtzeitige Bereinigung nicht festgesetzt worden ist, den Behandlungsbedarf vorläufig bereinigen. - KK kann Anerkennung und Umsetzung des geltenden Bereinigungsverfahrens von weiteren KVen verlangen, falls in deren Bezirken nur wenige Versicherte ihren Wohnsitz haben und der Bereinigungsbetrag gering ist.“ 	Ziel: Klarstellung, dass Leistungsumfang der Verträge über Umfang der Regelversorgung gehen kann und reine Managementverträge möglich sind.	<p>neutral </p>

	A	B	C	D	E
3	Nr.	Paragraph §	Inhalt der Änderung	Gesetzesbegründung	Kommentierung KVBW
17	§ 73c	wird aufgehoben ⇒ geht in § 140a - NEU - auf			<p> negativ</p> <p>Handlungsbedarf:</p> <p>1.) Der § 73c SGB V muss zum Abschluss von Selektivverträgen für die niedergelassenen Fachärzte erhalten bleiben. Er ist neben § 73b im 4. Kapitel des SGB V unter der Überschrift: „Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung“ aufgeführt. Das bedeutet, dass - wie bei den Hausarztverträgen - die Kassen schwergewichtig mit den Verbände der Haus- Fachärzte sowie den KVen oder arztfremden Träger entsprechende Selektivverträge ergänzend zur Regelversorgung abschließen können. Da der Abschluss von Hausarztverträge für die Krankenkassen verpflichtend ist ("müssen"), wäre auch bei den Facharztverträgen eine für die Krankenkassen verpflichtende Regelung wichtig und zeilführend ("sollen").</p> <p>2.) Der Kreis der Vertragspartner in § 140a -neu- wird - anders als bei den Hausarztverträgen - ausgeweitet, insbesondere auch auf nicht ärztliche Leistungserbringer (z. B. pharmazeutische Unternehmen, Hersteller von Medizinprodukten, Value-Shareholder, angestellte Ärzte, somit auch Krankenhaus). Daraus folgt, dass die ambulante Versorgung in Selektivverträgen auch nach dem bisherigen § 73c SGB V künftig von angestellten Krankenhausärzten in "pharmageeigneten" Krankenhäusern durchgeführt werden kann, in denen industriegesteuerte Gewinnoptimierung im Vordergrund steht und Qualitätsfragen (z. B. Facharztstandard des Einzelnen und nicht der Gemeinschaft) ausgeblendet bleiben. Dies bedeutet eine deutliche Verschlechterung für die niedergelassenen Fachärzte und ist ein nicht gewünschtes Signal, dass fachärztliche Versorgung durch niedergelassene Ärzte in der heutigen Form entbehrlich erscheint. Dies lehnen wir ab.</p>
9					

	A	B	C	D	E
3	Nr.	Paragraph §	Inhalt der Änderung	Gesetzesbegründung	Kommentierung KVBW
10	18	§ 75 Abs. 1, 1a -NEU-	<p>Terminservicestellen als Teil des KV-Sicherstellungsauftrags:</p> <ul style="list-style-type: none"> - KVen müssen zur Vermittlung fachärztl. Termine Terminservicestellen - ggf. betrieben in Kooperation mit KKen - einrichten. <u>Zeitziel</u>: 6 Monate nach Verkündung Gesetz. - Versicherte mit Überweisung sollen innen einer Woche einen Termin beim Facharzt in zumutbarer Entfernung vermittelt bekommen, die Wartezeit darf insges. 4 Wochen nicht überschreiten. - Für Termine bei Augen-, Frauen- und Kinderärzten ist <u>keine</u> Überweisung nötig. - <u>keine</u> Vermittlungspflicht für <u>psychotherapeutische Behandlung</u> - <u>Wenn keine</u> Terminvermittlung bei einem niedergel. FA innerhalb 4 Wochen möglich: => Vermittlung Behandlung im KH (nur sofern Behandlung innerhalb Frist medizinisch erforderlich; wenn nicht: Vermittlung Termin bei amb. FA in <i>angemessener</i> Frist). - Wenn Inanspruchnahme des KH nötig wird, dann kann auch die Folgebehandlung im KH stattfinden - Def. erforderlicher Kriterien im Bundesmantelvertrag (BMV): <ul style="list-style-type: none"> • zumutbare Entfernung differenziert nach Arztgruppen • Nachweis Vorliegen einer Überweisung • Festlegung, in welchen Fällen <u>kein</u> medizinisch begründeter Fall vorliegt • Notwendigkeit weiterer Behandlung im KH - Folgetermine im KH => s. § 76 Abs. 1a -neu- - Vergütung KH-Ärzte zu festen Preisen zu Lasten FA-Topf (=> s. § 120 Abs. 3a) 	<p>Hinweis in der Begründung: Patienten sind <u>nicht</u> verpflichtet, einen von der KV-Terminservicestelle vermittelten Termin wahrzunehmen.</p>	<p>negativ 🙄</p> <ul style="list-style-type: none"> - beseitigt die Ursachen von Wartezeiten nicht: <ul style="list-style-type: none"> • fehlende Patientensteuerung • Budgetierung der vertragsärztlichen Vergütung • Ärztemangel - hohe Verwaltungskosten - keine Compliance-Regelung für die Patienten - KH-Vergütung mit festen Preisen zu Lasten der Vertragsärzte ist nicht akzeptabel: => Ungleichbehandlung, da unterschiedliche Vergütung (budgetiert - unbudgetiert) für gleiche Leistung => widerspricht aktueller BSG-Rechtsprechung => s. auch Kommentierung zu § 120 Abs. 3a - keine Beschränkung auf medizinisch notwendige Fälle - keine Berücksichtigung regionaler Unterschiede/Besonderheiten <p>Handlungsbedarf:</p> <p>1. Zuständigkeit der regionalen Vertragspartner für konkrete Ausgestaltung bzw. Möglichkeit zum Abschluss regionaler Vereinbarungen durch Aufnahme Abs. 1b: "(1b -neu-) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können im Einvernehmen mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Vereinbarungen bis zum [6 Monate nach Verkündung des Gesetzes] treffen, in denen sie von den in Absatz 1a gemachten Vorgaben abweichen dürfen, sofern hierdurch eine angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung für alle Versicherten sichergestellt ist. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen, die sicherstellen, dass Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb von vier Wochen ein Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zur Verfügung steht. Die Verträge sind der für die Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Von Absatz 1a abweichende Vorhaben sind von den Vertragspartnern im Hinblick auf die Erreichung der für diesen Paragraphen gesetzlich vorgeschriebenen Ziele auszuwerten und zu veröffentlichen."</p>
11					<p>2. weiterer Handlungsbedarf bei Einrichtung Terminservicestellen</p> <ul style="list-style-type: none"> - medizinische Notwendigkeit kann nur durch behandelnden Arzt - nicht im BMV durch Negativlisten - definiert werden - Überweisungsgebot für alle Termine bei Fachärzten - Möglichkeiten der Patientensteuerung analog Selektivverträge auch im Kollektivvertrag - Einführung von Compliance-Regeln für Versicherte: <ul style="list-style-type: none"> • Versicherter darf Terminservicestelle nur in Anspruch nehmen, wenn Hausarzt keinen Termin vermitteln kann • keine Inanspruchnahme, wenn Versicherter bereits Termin hatte, aber nicht wahrgenommen hat • Patient ist verpflichtet, durch die KV vermittelten Termin wahrzunehmen, ansonsten Selbstbeteiligung - KH werden zu gleichen Bedingungen wie Vertragsärzte vergütet - Facharztstandard in Krankenhaus muss festgeschrieben werden
12		§ 75 Abs. 1b	<p>Sicherstellung Notdienst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kooperationspflicht mit Krankenhäusern und Rettungsleitstellen - Teilnahmebedingungen für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte - Informationsaustausch KVen mit Landesapothekerkammern 		<p>positiv 👍</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellungsauftrag bei KVen bestätigt; wird so bereits in B-W umgesetzt <p>Handlungsbedarf:</p> <p>begrenztes Dispensierrecht im Rahmen des organisierten NFD analog der Forderung des SVR-Gutachtens 2014 (Notfallpraxen inkl. Hausbesuche), da reiner Informationsaustausch zw. KVen und Landesapothekerkammern nicht ausreicht, um Versorgung im Notfalldienst - vor allem für soziale Randgruppen - zu verbessern.</p>

	A	B	C	D	E
3	Nr.	Paragraph §	Inhalt der Änderung	Gesetzesbegründung	Kommentierung KVBW
13	19	§ 75a -NEU-	<p>Förderung der [Weiterbildung in der] Allgemeinmedizin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - KKn und KVen tragen Förderung wie bisher je zur Hälfte (KKn außerhalb mGV, KVen können Förderanteil aus mGV entnehmen) - Vergütung des Weiterzubildenden ist auf Niveau der im Krankenhaus gezahlten (Assistenten-)Vergütung durch Weiterbildungsstelle anzuheben. - PKV ist bei Förderung miteinzubeziehen - Erhöhung der von den KKn und den KVen geförderte Weiterbildungsstellen von 5.000 auf mind. 7.500 => Obergrenze ist nicht vorgesehen, Zahl der Weiterbildungsstellen darf nicht begrenzt werden. - Abschluss Fördervereinbarung durch KBV, GKV-SpiV und DKG - KVen können kooperieren und eine KV mit Durchführung beauftragen 		<p>positiv </p> <ul style="list-style-type: none"> - Überschrift irreführend: nicht die Allgemeinmedizin insgesamt wird gefördert, sondern nur die Weiterbildung. <p>Handlungsbedarf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufnahme Kinderärzte in Weiterbildungssegment für HÄ => klare Zuordnung zum hausärztlichen Versorgungsbereich! - Ausweitung der Weiterbildungsförderung mindestens auf die Fachgruppen der allgemeinfachärztlichen Versorgung gemäß G-BA - Auch in der jetzigen Fassung wird nur der kollektive Honoraranteil zur Förderung herangezogen, die Selektivvertragspartner sind bisher nicht zur Förderung verpflichtet (außer KKn): => deren Beteiligung zu Lasten der KKn muss gesetzlich geregelt werden. => Alternativ: zuzüglich zum PKV-Anteil Finanzierung des gesamten GKV-Anteil direkt aus dem Gesundheitsfonds. <p>=> Die eigentliche Förderung der Allgemein- und Fachmedizin spiegelt sich bedauerlicherweise nicht im Gesetzesentwurf wider. Dies wurde im Koalitionsvertrag jedoch angekündigt.</p>
14	21	§ 79 Abs. 3a -NEU-	<p>Parität HÄ - FÄ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In der Vertreterversammlung stimmen über die Belange, die ausschließlich die hausärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Hausärzte, und über die Belange, die ausschließlich die fachärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Fachärzte ab. - Bei gemeinsamen Abstimmungen sind die Stimmen so zu gewichten, dass insgesamt eine Parität der Stimmen zwischen Vertretern der Hausärzte und Vertretern der Fachärzte in der Vertreterversammlung besteht. - Das Nähere zur Abgrenzung der Abstimmungsgegenstände und zur Stimmengewichtung regelt die Satzung. 		- derzeit kein Kommentar
15	22	§ 79c	<p>Beratender FA angestellte Ärzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zusätzlich zum beratenden Fachausschuss HÄ und beratenden FA FÄ wird ein beratender FA angestellte Ärzte gebildet; - Mitglieder: angestellte Ärzte nach § 77 Abs. 3 S. 2 		<p>positiv </p> <ul style="list-style-type: none"> - Grundsätzlich in Ordnung, aber Einbezug der angestellten Ärzte <u>in bestehende Fachausschüsse</u> bevorzugt
16	23	§ 84 Abs. 6-8	<p>Streichung Richtgrößen + Praxisbesonderheiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prüfungsart "Richtgrößenprüfung" für das Jahr 2017 nicht mehr erforderlich, sofern Landesvertragspartner Vereinbarungen nach § 106b - neu - treffen. - Für den Fall, dass diese Vereinbarungen nicht bis zum Jahr 2017 getroffen werden, regelt § 106b neu, dass für den Übergang durch die Vertragspartner auf Bundesebene ab dem Jahr 2016 noch Richtgrößenvolumina vereinbart werden. 		<p>positiv </p> <ul style="list-style-type: none"> - da Wegfall Richtgrößenprüfung <p>Handlungsbedarf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Praxisbesonderheiten (Heilmittel) nach § 84 - alt - müssen ebenso wie der langfristige Behandlungsbedarf nach § 32 in § 106b Abs. 4 -neu- Berücksichtigung finden! => siehe auch Kommentierungen zu §§ 106 ff.

	A	B	C	D	E
3	Nr.	Paragraph §	Inhalt der Änderung	Gesetzesbegründung	Kommentierung KVBW
17	24	§ 87 Abs. 1+2 Abs. 2a, 2b	Sachkosten: - künftig verhandelt zw. KBV und GKV-SpiV im BA als Bestandteil EBM - EBM muss künftig dauerhafte Regelung zur Vergütung von MRSA abbilden Delegationsfähige Leistungen / Einsatz nichtärztliches Personal: - bessere Einsatzmöglichkeiten von qualifiziertem nichtärztlichen Personal - Flächendeckung, da keine Beschränkung auf (drohende) Unterversorgung - Einführung einer flächendeckenden versorgungsgerechten Vergütung => EBM, Abbildung als Einzelleistungen oder als Leistungskomplexe - Geltung für hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich	Ziel: Um die Zuständigkeit für die bundeseinheitlich zu entscheidenden Fragen der vertragsärztlichen Vergütung zu bündeln , wird geregelt, dass die inhaltliche Beschreibung und Bewertung der Sachkosten künftig durch den BA bestimmt wird, der dabei durch das Institut des BA unterstützt wird.	1.) Sachkostenregelung: positiv 👍 2.) Delegation/VERAH etc.: positiv 👍 - da komplementäre Erbringung von Leistungen im Team (Arzt - VERAH) möglich
18	25	§ 87a Abs. 4a -NEU-	Honorarangleichung - "Konvergenz": - einmalige basiswirksame Erhöhung zum Abbau festgestellter unbegründeter Unterschiede in den mGV; - nur verhandelbar, wenn durchschnittliche mGV pro Versichertem in einer KV unter dem Durchschnitt aller KVen. - Nachweis durch KVen unter Berücksichtigung von: Anteil extrabudgetärer Vergütung, Anteil Bereinigungsvolumen, Höhe der Inanspruchnahme von vertragsärztlichen Leistungen, Inanspruchnahme anderer Leistungen (stationär, überregionale Mitversorgungsstrukturen) - Die sich hierdurch ergebende mGV je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der betroffenen KV in 2013 darf die für das Jahr 2013 berechnete durchschnittliche an alle KVen einschließlich der Bereinigung entrichtete mGV je Versicherten nicht übersteigen . - Die vereinbarte Erhöhung kann auch schrittweise über mehrere Jahre verteilt werden. - Die zusätzlichen Mittel sind zur Verbesserung der Versorgungsstruktur einzusetzen. - Umverteilungen zu Lasten anderer KVen sind auszuschließen .		positiv 👍

	A	B	C	D	E
3	Nr.	Paragraph §	Inhalt der Änderung	Gesetzesbegründung	Kommentierung KVBW
19	26	§ 87b Abs. 1 Abs. 2 Abs. 3 Abs. 4 S. 2	Honorarverteilung - HVM: - gesetzliche Trennung HA-FA-Topf ; - Praxisnetze : gesond. Vergütungsformen für Mehraufwand müssen vorgesehen werden - KVen sollen 1x jährlich in geeigneter Form über Grundsätze und Versorgungsziele des HVM informieren - KBV hat Regelungen zur Durchführung geeigneter Verfahren zur Honorarbereinigung zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem GKV-SpiV herzustellen. Die Vorgaben sind von den KVen zu beachten.		neutral 🗳️ Handlungsbedarf bzgl. Praxisnetzen: 1.) Grundsatz: Die Förderung von Praxisnetzen darf nicht zu Lasten der mGV der KVen und der grundversorgenden Fachgruppen erfolgen. Die KVen profitieren von Praxisnetzen und haben daher auch deren - zusätzliche - Finanzierung übernehmen. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass eine nicht vertragskonforme ärztliche Inanspruchnahme durch Patienten vermehrt zu gravierenden Problemen an der Schnittstelle Netz-/Regelversorgung führt und eine korrekte Zuteilung eigener Honorarvolumen für Praxisnetze erschwert. 2.) Alternativen: a.) Besondere Versorgungsformen (= Praxisnetze) und deren Vergütung sind in den §§ 73b und 140a -neu- geregelt. Daher erübrigt sich eine Regelung zur Förderung von Praxisnetzen in § 87b Abs. 2. b.) Die Förderung von Praxisnetzen erfolgt aus Mitteln des Strukturfonds. b.) Praxisnetze werden gemäß § 87a Abs. 3 besonders gefördert, wenn sie verbesserte Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsstrukturen nachweisen. 3.) Grundsätzlich Nachweis verbesserter Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsstrukturen. Handlungsbedarf bzgl. Bereinigung: Während die Bereinigung auf der Ebene KVen - Krankenkassen durch den Gesetzgeber morbiditätsorientiert geregelt ist, streben wir eine Gesetzesdefinition für die Bereinigungsebene KV - Arzt an, die der baden-württembergischen Regelung entspricht.
20	28	§ 92 Abs. 6a	G-BA - RL Psychotherapie: G-BA wird verpflichtet, bis 30.06.2016 die Rahmenbedingungen für psychotherapeutische Behandlungen weiterzuentwickeln und zu flexibilisieren, insbesondere durch: • Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden zur kurzfristigen Abklärung des Behandlungsbedarfs • Förderung der Gruppentherapie • Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens	<u>Ziel:</u> effektivere psychotherapeutische Versorgung durch Bündelung der Ressourcen, zielgenauem Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel und Schaffung weiterer Behandlungsmöglichkeiten.	positiv 👍 Handlungsbedarf: Der G-BA hat Definitionen 1.) für eine psychotherapeutische Sprechstunde zur Akutversorgung und 2.) für eine niederfrequente Versorgung entsprechend des Behandlungsbedarfs jeweils <u>als neue Leistungen</u> (=> extrabudgetäre Vergütung) zu treffen. 3.) Bei der Vereinfachung der Antrags- und Gutachterverfahren sind alle Verfahren als gleichrangig zu betrachten.
21	29	§ 92a -NEU-	Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und Versorgungsforschung durch den G-BA: - Förderung insbesondere von Vorhaben, die die Trennung der Sektoren überwinden - Förderung neuer Versorgungsformen (z.B. Telemedizin) - Versorgungsforschung - ab 2016 jährlich 300 Mio. € (hälftig KVen und Gesundheitsfonds) - Antragsteller auf Förderung können auch KVen (i.d.R. mit Beteiligung einer KK) sein - Entscheidung durch neuen Innovationsausschuss beim GBA		positiv 👍 Aber: Versorgungsforschung ist Aufgabe der Hochschulen, daher sollten die Gesamtaufwendungen des Innovationsfonds für neue Versorgungsformen zur Verfügung gestellt werden.

	A	B	C	D	E
3	Nr.	Paragraph §	Inhalt der Änderung	Gesetzesbegründung	Kommentierung KVBW
22	29	§ 92b -NEU-	Innovationsausschuss: - Einrichtung eines Innovationsausschusses beim G-BA zur Durchführung der Förderung nach § 92a - neu - - <u>Besetzung:</u> GKV-SpiV, KBV, KZBV, DKG, Vorsitzender des G-BA, 3 Vertreter BMG, Patientenvertreter		positiv 
23	30	§ 95 Abs. 1 Abs.2	a) MVZ: "fachübergreifend" keine Voraussetzung mehr; b) Gründung MVZs durch Kommunen auch als Eigen- oder Regiebetrieb ohne Anwendung des Zustimmungserfordernis der KVen gem. § 105 Abs. 5 c) Prüfpflicht für KVen, ob Versorgungsaufträge von niedergelassenen Ärzten und MVZs erfüllt werden		a) " fachübergreifend ": positiv  b) Handlungsbedarf bzgl. Gründung MVZ durch Kommunen: 1.) Kommunale MVZ müssen der Bedarfsplanung unterliegen 2.) Eine Wettbewerbsverzerrung (z. B. durch Subventionierung) durch kommunale MVZ gegenüber Vertragsärzten ist auszuschließen => Erlass der EU! c) Prüfpflicht KVen: Besteht bereits => kein gesetzlicher Handlungsbedarf!
24	31	§ 100	Unterversorgung Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen haben künftig bereits bei bestehender oder in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung verbindlich Zulassungsbeschränkungen in bestimmten Gebieten anzuordnen, wenn in anderen Gebieten die medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist und eine Unterversorgung dort nicht beseitigt werden kann.	Klarstellung, dass die Regelung des § 100 Absatz 2 auch in den Fällen einer in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung Anwendung findet.	positiv 
25	32	§ 101	Übersorgung - Umsatzsteigerung bei Jobsharing: Ausnahmeregelungen durch G-BA-Richtlinie zur Leistungsbegrenzung für Jobsharerpraxen und Praxen mit angest. Ärzten in Planungsbereichen mit Zulassungsbeschränkungen bei unterdurchschnittlichem Praxisumfang => Umsatzsteigerung künftig zumindest auf Durchschnitt der Fachgruppe erlaubt. Details regelt G-BA.	Ziel: Regelungen des GBA zur Möglichkeit der Steigerung einer unterdurchschnittlichen Praxis im Jobsharing oder bei Anstellung	positiv 

	A	B	C	D	E
3	Nr.	Paragraph §	Inhalt der Änderung	Gesetzesbegründung	Kommentierung KVBW
26	33	§ 103 Abs. 3a + 4	<p>Abbau von Überversorgung:</p> <p>Abs. 3a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Zulassungsausschuss soll den Antrag [auf Nachbesetzung] 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 folgenden Personenkreis angehört: <ul style="list-style-type: none"> • mindestens fünf Jahre dauernde vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, • Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes • angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde. - Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 6 [angestellter Arzt des bisherigen Praxisinhabers oder Partner] bezeichneten Personenkreis angehört, gilt, dass das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis mindestens drei Jahre lang angedauert haben muss. <p>Abs. 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "(...) zu den besonderen Versorgungsbedürfnissen zählen auch die Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung." - Kommt der Zulassungsausschuss in den Fällen des Absatzes 3a Satz 3 2. Halbsatz bei der Auswahlentscheidung nach Satz 4 zu dem Ergebnis, dass ein Bewerber auszuwählen ist, der nicht Ehegatte, Lebenspartner, Kind, angestellter Arzt oder Praxispartner ist, soll er auch die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes mit der Mehrheit seiner Stimmen ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; - Hat sich ein MVZ auf die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes beworben, kann auch anstelle der in Satz 5 genannten Kriterien die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebotes des MVZ berücksichtigt werden. 		<p>negativ 🙄</p> <ul style="list-style-type: none"> - drastische Verschlechterung der Versorgung der Versicherten in Baden-Württemberg durch potenziell über 2.700 wegfallende Praxen, davon über 220 Hausarztpraxen und mehr als 2.500 Facharztpraxen (Folge: z. B. 2,3 Mio. weniger Termine bei fachärztlichen Internisten pro Jahr) - hohe Kosten für KV zu Lasten der Patientenversorgung und für betroffene Ärzte (Entschädigungsproblematik, wegfallende Altersversorgung) - bei vielen Fachgruppen nicht umsetzbar, vor allem bei fachärztlichen Internisten (da diese Arztgruppe zu heterogen ist) - eklatanter Widerspruch zur Zielsetzung bzgl. Schaffung Terminservicestellen! - mindert Niederlassungsbereitschaft jüngerer Ärzte! <p>Handlungsbedarf Abs. 3a: => Beibehaltung einer "Kann"-Regelung unter besonderer Analyse des lokalen Versorgungsbedarfs</p> <p>Handlungsbedarf Abs. 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die vorgesehene Privilegierung von MVZ ist sachlich nicht gerechtfertigt - Erfordernis, dass Anstellungsverhältnis drei Jahre bestehen muss, ist deutlich zu lang; widerspricht zudem der Rechtsprechung des BSG.
27	34	§ 105	<p>Strukturfonds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - KVen können Strukturfonds leichter bilden zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung vertragsärztlicher Versorgung => Beschluss wg. (drohende) Unterversorgung oder zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf nicht mehr erforderlich 		<p>positiv 👍</p>
28	Art. 2 Nr. 2	§ 106 -NEU-	<p>Wirtschaftlichkeitsprüfung</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEU gefasst - 		<p>positiv 👍</p> <ul style="list-style-type: none"> - da Prinzip "Beratung vor "Regress" weiterhin Maßstab ist <p>Handlungsbedarf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Begrenzte Haftung aus AMNOG gemäß § 106 Abs. 5c S. 7 -alt- fehlt, muss insbesondere zur Niederlassungsförderung unbedingt erhalten bleiben! - <u>Keine</u> Vorstandshaftung gemäß Abs. 4! - KVen dürfen nicht für Wirtschaftlichkeitsprüfung der Selektivvertragspartner zuständig sein (Kostenregelung!)
29	37	§ 106a -NEU-	<p>Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen</p>		<p>neutral 🙄</p> <ul style="list-style-type: none"> => siehe auch Kommentierung zu § 106

	A	B	C	D	E
3	Nr.	Paragraph §	Inhalt der Änderung	Gesetzesbegründung	Kommentierung KVBW
30	36	§ 106b -NEU-	Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen		<p>positiv </p> <p>- da Regionalisierung</p> <p>Handlungsbedarf:</p> <p>- Praxisbesonderheiten (Heilmittel) nach § 84 - alt - müssen ebenso wie der langfristige Behandlungsbedarf nach § 32 in § 106b Abs. 4 -neu- Berücksichtigung finden!</p> <p>=> siehe auch Kommentierung zu §§ 84 und 106</p>
31	40	§ 116a	<p>Öffnung der KH in unterversorgten Gebieten:</p> <p>Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.</p>		<p>negativ </p> <p>Handlungsbedarf:</p> <p>- Facharztstandard im KH muss festgeschrieben werden</p> <p>- keine zwingende Institutsermächtigung, sondern personenbezogene und am Facharztstandard einzelner Ärzte orientierte Ermächtigung</p>
32	41	§ 116b	ASV - mehrere Änderungen (Abs. 2 S. 6 -NEU- Fristhemmung)		neutral 
33	42	§ 117 Abs. 1, 2	<p>Ermächtigung Hochschulambulanzen:</p> <p>- gesetzliche Ermächtigung der Hochschulambulanzen zur Versorgung der Patienten, die wg. Art und Schwere einer Behandlung in Hochschulambulanzen bedürfen.</p> <p>- Finanzierung wird gesondert geregelt.</p> <p>- Eine Abrechnung nur auf Basis des EBM ist nicht mehr zulässig.</p>		<p>neutral </p> <p>Handlungsbedarf:</p> <p>- fachärztliches Überweisungsgebot muss <u>immer</u> gelten!</p>
34	44	§ 119c -NEU-	<p>Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen:</p> <p>- Versorgung multimorbide Patienten, die wegen Art, Schwere und Verlauf nicht ambulant behandelt werden können;</p> <p>- Finanzierung und Zulassung analog zu den Spezialpädiatrischen Zentren (SPZ) unmittelbar von den KKen</p>		neutral 
35	45	§ 120	<p>Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen:</p> <p>- u.a. Abs. 3a: Folgeregelung §§ 75 Abs. 1a, 76 Abs. 1a (Terminservicestellen, Termine und Folgebehandlung durch KHer) => Vergütung mit festen Preisen zu Lasten FA-Topf</p>		<p>negativ </p> <p>Handlungsbedarf:</p> <p>- KH-Vergütung mit festen Preisen zu Lasten mGV Fachärzte + Wegfall Investitionskostenabschlag ist nicht akzeptabel:</p> <p>=> Ungleichbehandlung, da unterschiedliche Vergütung (budgetiert - unbudgetiert) für gleiche Leistung!</p> <p>=> widerspricht aktueller BSG-Rechtsprechung!</p> <p>- siehe Kommentierung zu § 75 Abs. 1a</p>

	A	B	C	D	E
3	Nr.	Paragraph §	Inhalt der Änderung	Gesetzesbegründung	Kommentierung KVBW
57		§ 140a -NEU-	Besondere Versorgung: - Ersatz für IV/Facharztverträge, - KVen neben weiteren explizit als Vertragspartner genannt		positiv  - da KVen als Vertragspartner benannt ABER (redaktionelle?) Unschärfen Handlungsbedarf: - Pharmaunternehmen und Medizingerätehersteller dürfen <u>keine</u> gesetzlich genannten Vertragspartner für Verträge nach § 140a sein, da hierdurch die Versorgung der Versicherten durch merkantile Interessen Dritter bestimmt wird! - Bisherige Regelung zur Sicherstellung des Notfalldienstes gegen Aufwendersatz durch KVen (s. § 73c Abs. 3 Satz 5) fehlt in § 140a -neu-, in § 73b Abs. 4 S. 7 aber weiterhin enthalten. => Muss wieder aufgenommen werden! - bzgl. Bereinigung wird in Abs. 6 auf § 73b Abs. 7 verwiesen, § 140 (b-) d wurde(n) aber nicht gestrichen/angepasst => Klarstellung: Streichung §140d.
36					