

(14) Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache

0162

**Eingang am 12.1.07
zu TOP 1 der TO am 15.1.2007**

16. Wahlperiode

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 46 (§ 73c)

(Redaktionelle Änderung)

Artikel 1 Nr. 46 wird wie folgt geändert:

In § 73c Abs. 6 Satz 2 wird die Angabe "§ 85a Abs. 2 Satz 2" durch die Angabe " § 87a Abs. 3 Satz 2" ersetzt.

Begründung

Redaktionelle Folgeänderung

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 48 (§ 75)

(Fremdkassenzahlungsausgleich)

Artikel 1 Nr. 48 wird wie folgt gefasst:

"48. § 75 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe "§ 85a" durch die Angabe "§ 87a" ersetzt.
- b) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 7a eingefügt:

"(7a) Abweichend von Absatz 7 Satz 2 muss die für die ärztliche Versorgung geltende Richtlinie nach Absatz 7 Satz 1 Nr. 2 ab dem 1. Januar 2009 sicherstellen, dass die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk die Leistungen erbracht wurden (Leistungserbringer-KV), von der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnort hat (Wohnort-KV), für die erbrachten Leistungen jeweils die entsprechenden Vergütungen der in der Leistungserbringer-KV geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 erhält. Dabei ist das Benehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen herzustellen."

Begründung:

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderung

Zu Buchstabe b

Auch nach Einführung des neuen Honorarsystems im ärztlichen Bereich ab dem Jahr 2009 gemäß §§ 87 ff. sollen die Richtlinien zum Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) weiterhin bei der KBV verbleiben, sie gehen also nicht an den Bewertungsausschuss über, wie im Gesetzentwurf in Artikel 1 Nr. 55 (§ 85a Abs. 7 Satz 1 SGB V - neu -) noch vorgesehen. Vorteil ist, dass das FKZ-Verfahren zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, welches bisher bei der KBV angesiedelt ist und reibungslos verläuft, ohne große Brüche effizient weitergeführt werden kann. Der Änderungsantrag übernimmt die in Artikel 1 Nr. 55 in § 85a Abs. 7 Satz 2 geregelte Vorgabe, dass die erbrachten Leistungen jeweils mit den Euro-Preisen zu vergüten sind, die in der KV des Leistungserbringers gelten. Die Herbeiführung des Benehmens mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen sorgt für die notwendige Transparenz auf Kassenseite. Die sich im Falle der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung ergebenden Zahlungswirkungen für die Krankenkassen bleiben systematisch im Regelungszusammenhang der regionalen Euro-Gebührenordnung und der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (vgl. § 87a Abs. 3a Satz 1 und 2). Danach hat die Krankenkasse eine eventuelle Preisdifferenz gegenüber der Wohnort-KV auszugleichen, wenn die Preise für die vertragsärztlichen Leistungen in der Leistungserbringer-KV über den Preisen in der KV liegen, in der der Versicherte seinen Wohnort hat. Im umgekehrten Fall sind ggf. Rückzahlungen von der KV zu leisten.

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 54 (§ 85)

(Unentgeltliche Datenübermittlung)

In Artikel 1 Nr. 54 wird in Buchstabe d Doppelbuchstabe bb wie folgt gefasst:

"bb) Es werden folgende Sätze angefügt:

„Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Versorgungsgraden unterschiedliche Verteilung vorsehen. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen die für die Vereinbarung des Verteilungsmaßstabes in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Daten nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 4a Satz 4 unentgeltlich zur Verfügung. Satz 11 gilt nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung.“

Begründung

In der Änderung wird der bisherige Wortlaut der Regelung übernommen. Durch Einfügung des Wortes "unentgeltlich" wird klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die für die Vereinbarung der Honorarverteilungsmaßstäbe erforderlichen Daten den Verbänden der Krankenkassen ohne Anspruch auf Kostenerstattung zur Verfügung stellen müssen. Diese Aufgabe ist Teil der den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegenden Sicherstellungsverpflichtung der vertragsärztlichen Versorgung.

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 55 (§§ 85a und 85b)

(Redaktionelle Folgeänderung)

Artikel 1 Nr. 55 wird wie folgt gefasst:

„55. Die §§ 85a und 85b werden aufgehoben.“

Begründung

Da die Regelungen in §§ 85a und 85b zeitlich und systematisch auf den Regelungen zu § 87 aufbauen, werden die Regelungen zukünftig in den neu zu schaffenden §§ 87a bis 87c geregelt.

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 57 (§ 87)

(Bundesmantelvertrag, EBM)

Artikel 1 Nr. 57 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe d wird wie folgt geändert:

aa) Doppelbuchstabe bb wird wie folgt gefasst:

„bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen ist die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweils betroffenen Arztgruppen auf der Grundlage von sachgerechten Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern auf betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln; die Bewertung der von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen kann dabei insgesamt so festgelegt werden, dass sie ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt.“

bb) Folgender Doppelbuchstabe cc wird angefügt:

„cc) Satz 4 wird aufgehoben.“

b) Buchstabe e wird wie folgt geändert:

aa) Absatz 2c wird wie folgt geändert:

aaa) Satz 1 zweiter Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„Einzelleistungen können vorgesehen werden, soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.“

bbb) In Satz 3 werden nach dem Wort "Leistungserbringers" die Wörter "und, soweit dazu Veranlassung besteht, in bestimmten Behandlungsfällen" eingefügt.

ccc) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten.“

bb) Absatz 2d wird wie folgt geändert:

aaa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Dokumentationsverpflichtungen“ die Wörter „insbesondere gemäß § 295 Abs. 3 Satz 2“ eingefügt.

bbb) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„Zudem können Regelungen vorgesehen werden, die darauf abzielen, dass die Abrechnung der Versichertenpauschalen nach Absatz 2b Satz 1 sowie der Grundpauschalen nach Absatz 2c Satz 1 für einen Versicherten nur durch einen Arzt im Abrechnungszeitraum erfolgt, oder es können Regelungen zur Kürzung der Pauschalen für den Fall eines Arztwechsels des Versicherten innerhalb des Abrechnungszeitraums vorgesehen werden. Die Regelungen nach Absatz 2b, Absatz 2c Satz 1 bis 3 und Satz 5 sowie nach diesem Absatz sind auf der Grundlage des zum Zeitpunkt des Beschlusses geltenden einheitlichen Bewertungsmaßstabes erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2007 mit Wirkung zum 1. Januar 2008, die Regelung nach Absatz 2c Satz 6 erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2008 mit Wirkung zum 1. Januar 2009, die Regelung nach Absatz 2c Satz 4 erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2010 mit Wirkung zum 1. Januar 2011 zu treffen.“

c) Buchstabe f wird wie folgt geändert:

aa) Im Gesetzesbefehl wird die Angabe „2h“ durch die Angabe „2g“ ersetzt.

bb) In Absatz 2e wird Satz 3 aufgehoben.

cc) In Absatz 2f werden in Satz 1 vor dem Wort „Bewertungsausschuss“ die Wörter „für ärztliche Leistungen zuständige“ eingefügt, die Angabe „§ 85a Abs. 2 Satz 2“ durch die Angabe „§ 87a Abs. 2 Satz 2“ ersetzt und Satz 5 aufgehoben.

dd) Absatz 2g wird wie folgt gefasst:

„(2g) Bei der Anpassung der Orientierungswerte nach Absatz 2e sind insbesondere

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,
3. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen, soweit diese nicht durch eine Abstaffelungsregelung 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.“

ee) Absatz 2h wird aufgehoben.

d) In Buchstabe g wird die Angabe „2i“ durch die Angabe „2h“ ersetzt.

e) Buchstabe i wird wie folgt geändert:

aa) Absatz 3b wird wie folgt gefasst:

„(3b) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in Absatz 3 genannten Spitzenverbände der Krankenkassen gründen bis zum 30. April 2007 ein Institut, das den Bewertungsausschuss bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben unterstützt. Das Institut bereitet gemäß der vom Bewertungsausschuss nach Absatz 3e zu vereinbarenden Geschäftsordnung die Beschlüsse nach § 85 Abs. 4a, §§ 87, 87a sowie 87b und die Analysen und Berichte nach Absatz 3a, 7 und 8 vor. Wird das Institut bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt nicht oder nicht in einer seinen Aufgaben entsprechenden Weise gegründet, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der in Satz 1 genannten Organisationen zur Errichtung des Instituts verpflichten oder eine oder mehrere der in Satz 1 genannten Organisationen oder einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 2 beauftragen. Satz 3 gilt entsprechend, wenn das Institut seine Aufgaben nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den geltenden Vorgaben erfüllt oder das Institut aufgelöst wird. Abweichend von Satz 1 können die dort genannten Organisationen einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 2 beauftragen. Sie haben im Zeitraum bis zur Herstellung der vollständigen Arbeitsfähigkeit des Instituts oder des von ihnen beauftragten Dritten sicherzustellen, dass der Bewertungsausschuss die in Satz 2 genannten Aufgaben in vollem Umfang und fristgerecht erfüllen kann. Hierzu hat der Bewertungsausschuss regelmäßig, erstmalig bis zum 30. April 2007, festzustellen, ob und in welchem Umfang das Institut oder der beauftragte Dritte arbeitsfähig ist und ob abweichend von Satz 2 die dort genannten Aufgaben in einer Übergangsphase bis zum 31. Oktober 2008 zwischen dem Institut oder dem beauftragten Dritten und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den in Absatz 3 genannten Spitzenverbänden der Krankenkassen aufgeteilt werden sollen; Absatz 6 gilt entsprechend.“

bb) In Absatz 3c wird in Satz 2 die Angabe „§ 85a“ durch die Angabe „§ 87a“ und in Satz 3 die Angabe „Nr. 3“ durch die Angabe „Nr. 2“ ersetzt.

cc) Absatz 3e wird wie folgt gefasst:

„(3e) Der Bewertungsausschuss beschließt

1. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Bewertungsausschusses und des Instituts oder des beauftragten

Dritten gemäß Absatz 3b, insbesondere zur Geschäftsführung und zur Art und Weise der Vorbereitung der in Absatz 3b Satz 2 genannten Beschlüsse, Analysen und Berichte trifft, sowie

2. eine Finanzierungsregelung, in der er Näheres zur Erhebung des Zuschlags nach Absatz 3c bestimmt.

Die Geschäftsordnung und die Finanzierungsregelung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

dd) Absatz 3f wird wie folgt geändert:

aaa) In Satz 1 werden nach dem Wort "Daten" ein Komma und die Wörter "einschließlich der Daten nach § 73b Abs. 7 Satz 4 und § 73c Abs. 6 Satz 4 sowie § 140d Abs. 2 Satz 4," eingefügt.

bbb) In Satz 2 werden nach den Wörtern „werden jeweils“ das Wort „unentgeltlich“ und nach den Wörtern „zusammenführen und“ die Wörter „sie unentgeltlich“ eingefügt.

ccc) Satz 7 wird aufgehoben.

f) In Buchstabe l werden in Absatz 6 Satz 5 nach dem Wort „Dritte“ die Wörter „oder die vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Organisation“ eingefügt.

g) Der Buchstabe m wird wie folgt geändert:

aa) In Absatz 7 wird die Angabe „2011“ jeweils durch die Angabe „2012“ sowie in Satz 1 die Angabe „§ 85a Abs. 2 Satz 1“ durch die Angabe „§ 87a Abs. 2 Satz 1“ ersetzt.

bb) In Absatz 8 Satz 1 wird die Angabe „§ 85a Abs. 6 und § 85b Abs. 5“ durch die Angabe „§ 87a Abs. 6 und § 87b Abs. 4“ ersetzt.

Begründung:

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die nachfolgenden Anpassungen zielen darauf ab, das Inkrafttreten der Vergütungsreform zum 1. Januar 2009 zu ermöglichen, ohne auf die wesentlichen Reformziele zu verzichten. Dazu werden die Regelungen zur Vergütungsreform vereinfacht und die einzelnen Umsetzungsschritte zeitlich gestreckt. Dies gilt insbesondere für die Vorgaben zur EBM-Reform, welche spätestens zum 1. Januar 2008 in Kraft treten soll und auf der die übrigen Elemente der Vergütungsreform aufbauen. Bei Scheitern dieses ersten Reformschritts wäre der Zeitplan für das Gesamtprojekt hinfällig. Deshalb muss insbesondere die EBM-Reform erheblich vereinfacht und der Selbstverwaltung ein deutlich größerer Spielraum bei der Umsetzung gegeben werden. Auf die Teile der EBM-Reform, für die bislang keine Vorarbeiten erfolgt und die in der Umsetzung besonders komplex sind, muss darum zunächst verzichtet werden. Die Umsetzung dieser Teile kann die Selbstverwaltung Schritt für Schritt zu späteren Zeitpunkten nachholen. Im neu gefassten Satz 3 wird deshalb die Vorgabe zur Entwicklung einer betriebswirtschaftlichen Abstaffelung im EBM in eine Kann-Regelung umgewandelt. Dies entspricht auch dem geltenden Recht, das eine entsprechende Kann-Regelung für den EBM bereits vorsieht.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Folgeänderung

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Auch durch diese Anpassungen wird die Umsetzbarkeit der EBM-Reform erhöht. Dem Bewertungsausschuss wird ein größerer Spielraum eingeräumt, fachärztliche Leistungen als Einzelleistungen abzubilden. Dies ist erforderlich, da die Abbildung bestimmter fachärztlicher Leistungen als Pauschale (z.B. antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen, probatorische Sitzungen oder bestimmte Auftragsleistungen) nicht sachgerecht oder mit einem erheblichen Aufwand verbunden ist. Bei den Zusatzpauschalen wird neben den Merkmalen, die sich aus der Person des Leistungserbringers ergeben, auch ermöglicht, Merkmale zu

berücksichtigen, die sich in bestimmten Behandlungsfällen aus indikationsbezogenen Besonderheiten ergeben können (z.B. photodynamische Therapie mit Verteporfin bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration, osteodensitometrische Untersuchung bei Patienten, die eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben). Schließlich wird dem Bewertungsausschuss vorgegeben, dass die Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen eine angemessene Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten hat. Diese Vorschrift ist auf Grund der Besonderheiten der psychotherapeutischen Leistungserbringung erforderlich. Eine entsprechende Spezialvorschrift für psychotherapeutische Leistungen existiert auch im geltenden Recht (§ 85 Abs. 4).

Zu Doppelbuchstabe bb

Es wird klargestellt, dass es sich bei den in der Regelung angesprochenen Dokumentationsverpflichtungen insbesondere um Regelungen nach § 295 Abs. 3 handelt (sog. Kodierrichtlinien, die erstmals bis zum 30. Juni 2009 zu vereinbaren sind). Zudem werden die Vorgaben zur Abrechnung der im EBM enthaltenen Pauschalen nur durch einen Arzt im Quartal zu Kann-Vorgaben umgewandelt. Darüber hinaus wird klargestellt, dass der Beschluss zur EBM-Reform auf Grundlage des geltenden EBM zu erfolgen hat, d.h. der Beschluss kann auf dem bereits getroffenen EBM inklusive der dafür erfolgten umfangreichen Vorarbeiten (betriebswirtschaftliche Kalkulationsgrundlagen etc.) aufbauen. Zudem wird klargestellt, dass die Regelungen zum neuen EBM spätestens mit Wirkung zum 1. Januar 2008 zu treffen sind. Zudem wird vorgegeben, dass die Regelungen zur angemessenen Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen je Zeiteinheit (siehe Doppelbuchstabe aa) mit Wirkung zum 1. Januar 2009 zu treffen sind, da im Jahr 2008 noch die Regelung zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in § 85 Abs. 4 gilt und somit eine ausreichende Vergütung der Leistungen pro Zeiteinheit gewährleistet ist. Der Beschluss des Bewertungsausschusses zur Abbildung fachärztlicher Leistungen als diagnosebezogene Fallpauschalen wird zeitlich um drei Jahre nach hinten verschoben, da dazu bislang keine ausreichenden Vorarbeiten des Bewertungsausschusses vorliegen und die Umsetzung der Regelung sehr aufwendig ist.

Zu Buchstabe c

Die Anpassungen beziehen sich auf die Vorgaben zur Festlegung und Anpassung der Orientierungswerte und der Indikatoren zur Messung von regionalen Besonderheiten bei der Versorgungs- und Kostenstruktur durch den Bewertungsausschuss. Neben redaktionellen Anpassungen finden sich hier Vorgaben, welche eine sachgerechtere Kalkulation und Anpassung der Orientierungswerte ermöglichen sollen.

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Anpassung

Zu Doppelbuchstabe bb

Auf die Vorgabe an den Bewertungsausschuss, die Orientierungswerte bei Unter- und bei Überversorgung kostenneutral zu kalkulieren (§ 87 Abs. 2e Satz 3 i.d.F. des Gesetzentwurfs), wird verzichtet, d.h. die voraussichtlichen Mehrausgaben, die die Krankenkassen bundesweit durch die Zahlung von Orientierungswerten bei Unterversorgung haben, müssen kalkulatorisch nicht mehr durch die voraussichtlichen Einsparungen gedeckt werden, die sich bundesweit insgesamt aus den Abschlägen in Überversorgten Gebieten ergeben. Die Kalkulationsvorgabe hätte dazu führen können, dass die Orientierungswerte für Unterversorgung vom Bewertungsausschuss nicht in sachgerechter Höhe festgesetzt worden wären, sondern dass sie sich quasi automatisch rechnerisch aus den geschätzten Ersparnissen durch die Zahlung der Orientierungswerte bei Überversorgung ergeben hätten. Durch die Streichung der Kalkulationsvorgabe wird sichergestellt, dass die Zu- und Abschläge jeweils in sachlich angemessener Höhe kalkuliert werden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Redaktionelle Anpassungen. Die in § 87 Abs. 2f Satz 5 i.d.F. des Gesetzentwurfs enthaltene Sonderregelung zur Festlegung des Indikators zur Messung von regionalen Besonderheiten bei der Kostenstruktur für das Jahr 2009 wird im Wesentlichen unverändert an anderer Stelle geregelt (§ 87c (neu)).

Zu Doppelbuchstabe dd

In § 87 Abs. 2g (neu) finden sich im Wesentlichen die bisher im § 87 Abs. 2h enthaltenen Regelungen zur jährlichen Anpassung des Orientierungswertes, wobei hier das Anpassungskriterium „voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklung“ durch das sachgerechtere Kriterium „Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Kosten“ ersetzt wird. Die in § 87 Abs. 2g i.d.F. des Gesetzentwurfs enthaltenen Regelungen zur erstmaligen Festsetzung der Orientierungswerte für das Jahr 2009 finden sich nunmehr im § 87c Abs. 1. Zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit der Regelungen zur Vergütungsreform werden im

§ 87c (neu) alle Vorgaben zur Ausgestaltung des Vergütungssystems zusammengefasst, welche sich auf die Übergangsphase der Jahre 2009 und 2010 beziehen.

Zu Doppelbuchstabe ee

Redaktionelle Folgeänderung

Zu Buchstabe d

Redaktionelle Folgeänderung

Zu Buchstabe e

Die Anpassungen beziehen sich auf die Regelungen zu dem vom Bewertungsausschuss bis zum 1. April 2007 zu gründenden Institut.

Zu Doppelbuchstabe aa

Der Absatz 3b bleibt in seinen wesentlichen Inhalten unverändert, es erfolgen allerdings einige Klarstellungen und redaktionelle Anpassungen: In Satz 2 werden die gesetzlichen Verweise redaktionell angepasst, und es wird klargestellt, dass das Institut seine Aufgaben gemäß den Bestimmungen wahrzunehmen hat, welche der Bewertungsausschuss in der Geschäftsordnung (Absatz 3e) festlegt. In Satz 3 wird klargestellt, dass das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses mit den Aufgaben des Instituts beauftragen kann, wenn das Institut nicht fristgerecht gegründet wird. Der neue Satz 6 stellt klar, dass die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses bis zur Herstellung der vollständigen Arbeitsfähigkeit des Instituts sicherzustellen haben, dass der Bewertungsausschuss seine gesetzlichen Aufgaben in vollem Umfang und fristgerecht erfüllen kann. Die im neuen Satz 7 vorgesehene konkrete Feststellung durch den Bewertungsausschuss, ob die Voraussetzungen vorliegen, ist erforderlich, um fristgerechte Beschlüsse des Bewertungsausschusses sicherzustellen. Aufgrund der engen Terminvorgaben hat der Bewertungsausschuss diese Feststellung bereits erstmalig bis zum 30. April 2007 und dann weiter in regelmäßigen Abständen zu treffen. Weiter wird ihm die Option eingeräumt, in einer Übergangsphase bis zum 31. Oktober 2008 die in Satz 2 genannten Aufgaben noch nicht vollständig durch das Institut, sondern sie bis zu diesem Zeitpunkt z.T. noch durch die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen erbringen zu lassen. Eine solche Übergangsregelung ist sinnvoll und erforderlich, da das Institut einige Zeit brauchen wird, bis das Personal so

eingearbeitet ist und die Arbeitsabläufe so eingespielt sind, dass es die ihm zugeteilten Aufgaben in vollem Umfang übernehmen kann. Gerade in der Aufbauphase des Instituts müssen aber die Beschlüsse zur Anpassung des EBM und zur erstmaligen Ermittlung der Orientierungswerte und der Indikatoren für regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur vorbereitet werden. Die genannten Organisationen müssen deshalb sicherstellen, dass die erforderlichen Arbeiten zur Vorbereitung dieser Beschlüsse in jedem Falle – ggf. durch sie selbst – durchgeführt werden. Damit ist klar, dass sie zu jedem Zeitpunkt in der Verantwortung für die sachgerechte und fristgerechte Beschlussfassung des Bewertungsausschusses stehen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Folgeänderungen

Zu Doppelbuchstabe cc

Auch der Absatz 3e bleibt in seinen wesentlichen Inhalten unverändert. Verzichtet wird hier aber auf die Vorgabe an den Bewertungsausschuss, eine Verfahrensordnung für das Institut zu vereinbaren. Die Vorarbeiten zur Herstellung der Arbeitsfähigkeit des Instituts werden dadurch erheblich reduziert. Zudem wird klargestellt, dass in der vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Geschäftsordnung auch Regelungen zur Art und Weise der Vorbereitung der in Absatz 3b genannten Beschlüsse, Analysen und Berichte zu treffen sind. Der Bewertungsausschuss kann für die verschiedenen Aufgaben des Instituts beispielsweise eine unterschiedliche „Vorbereitungstiefe“ vorsehen. So wird gewährleistet, dass der Bewertungsausschuss eine sinnvolle und effiziente Aufgabenverteilung zwischen Institut und Bewertungsausschuss festlegen kann.

Zu Doppelbuchstabe dd

In Absatz 3f wird bestimmt, dass auch die für die Bereinigungsverfahren erhobenen Daten aus den außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung vereinbarten Einzelvertragsformen zu übermitteln sind. Diese Daten sind erforderlich, um zu gewährleisten, dass die Anpassungen der Bewertungen der Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab auf betriebswirtschaftlicher Basis und auf einer sachgerechten Datengrundlage (möglichst umfassende Leistungsfrequenzen von Arztpraxen etc.) erfolgen können. Zudem wird klargestellt, dass die dort genannten Datenlieferungen zwischen den Beteiligten jeweils unentgeltlich zu erfolgen haben. Dadurch wird verhindert, dass es zu Verzögerungen bei der

Umsetzung auf Grund von Streitigkeiten um die Finanzierung der Kosten der Datenlieferungen kommt. Die Vorgaben des Satzes 7 werden an anderer Stelle geregelt (§ 87c Abs.1 Satz 6 - neu).

Zu Buchstabe f

Folgeänderung der unter Buchstabe e Doppelbuchstabe aa erfolgten Klarstellung, dass das Bundesministerium für Gesundheit einen der Spitzenverbände der Krankenkassen oder die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Aufgaben des Instituts beauftragen kann, wenn das Institut nicht fristgerecht gegründet wird. Es wird klargestellt, dass die beauftragten Verbände dem Bundesministerium für Gesundheit in diesem Falle bei einer Ersatzvornahme zuzuarbeiten haben.

Zu Buchstabe g

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung der Verschiebung der erstmaligen Vereinbarung der Orientierungswerte bei Unter- und Überversorgung auf das Jahr 2010.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Anpassungen

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 57a (§ 87a)

(Regionale Euro-Gebührenordnung, morbiditätsbedingte
Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)

Artikel 1 Nr. 57a wird wie folgt gefasst:

„57a. § 87a wird wie folgt gefasst:

„§ 87a

Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung,
Behandlungsbedarf der Versicherten

(1) Abweichend von § 82 Abs. 2 Satz 2 und § 85 gelten für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab 1. Januar 2009 die in Absatz 2 bis 6 getroffenen Regelungen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren auf der Grundlage der Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres Punktwerte, die zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden sind. Die Vertragspartner nach Satz 1 können dabei einen Zuschlag auf oder einen Abschlag von den Orientierungswerten gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 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. Bei der Festlegung des Zu- oder Abschlags ist zu gewährleisten, dass die medizinisch

notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Aus den vereinbarten Punktwerten 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.

(3) Ebenfalls jährlich bis zum 31. Oktober vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien gemeinsam und einheitlich für das Folgejahr mit Wirkung für die Krankenkassen die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. Hierzu vereinbaren sie als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf und bewerten diesen mit den nach Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwerten in Euro; der vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1. Die im Rahmen des Behandlungsbedarfs erbrachten Leistungen sind mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 6 zu vergüten. Darüber hinausgehende Leistungen, die sich aus einem bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben, sind von den Krankenkassen zeitnah, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum nach Maßgabe der Kriterien nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 1 ebenfalls mit den in der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 6 enthaltenen Preisen zu vergüten. Vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind von den Krankenkassen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 zu vergüten; in Vereinbarungen nach Satz 1 kann darüber hinaus geregelt werden, dass weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

(3a) Für den Fall der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung sind die Leistungen abweichend von Absatz 3 Satz 3 und 4 von den Krankenkassen mit

den Preisen zu vergüten, die in der Kassenärztlichen Vereinigung gelten, deren Mitglied der Leistungserbringer ist. Weichen die nach Absatz 2 Satz 6 vereinbarten Preise von den Preisen nach Satz 1 ab, so ist die Abweichung zeitnah, spätestens bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Zahl der Versicherten nach Absatz 3 Satz 2 ist entsprechend der Zahl der auf den zu Grunde gelegten Zeitraum entfallenden Versichertentage zu ermitteln. Weicht die bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu Grunde gelegte Zahl der Versicherten von der tatsächlichen Zahl der Versicherten im Vereinbarungszeitraum ab, ist die Abweichung zeitnah, spätestens bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 und nach § 53 Abs. 4 mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 2 sind auf die nach Absatz 3 Satz 1 zu zahlende Gesamtvergütung anzurechnen.

(4) Bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 2 sind insbesondere Veränderungen

1. der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten,
2. von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 beruhen,
3. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor und
4. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung

nach Maßgabe des vom Bewertungsausschuss beschlossenen Verfahrens nach Absatz 5 zu berücksichtigen.

(5) Der Bewertungsausschuss beschließt ein Verfahren

1. zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 4,
2. zur Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Nr. 1 sowie

3. zur Bestimmung von Veränderungen von Art und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen nach Absatz 4 Nr. 2, 3 und 4.

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 Nummer 2 und 3 sowie Satz 4 sind erstmalig bis zum 30. Juni 2009 zu treffen.

(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 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.““

Begründung

Die Regelungen des neuen § 87a entsprechen im Wesentlichen den Regelungen des § 85a i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55). Da die Regelungen zeitlich und systematisch auf den Regelungen zu § 87 aufbauen, passen sie besser an diese Stelle im Gesetz. Die Regelungen wurden zudem so umstrukturiert, dass sie insgesamt verständlicher werden: So wurden zu lange Absätze in kleinere Absätze unterteilt und diejenigen Sonderregelungen, die sich lediglich auf die Übergangszeit im Jahr 2009 und 2010 beziehen, wurden in einem eigenen

Paragrafen (§ 87c (neu)) untergebracht. Zudem wurden inhaltliche Anpassungen vorgenommen, um den Spielraum der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen zur Umsetzung der Regelungen zu erhöhen. Die Regelungen des geltenden § 87a finden sich nunmehr im § 87d (neu).

Im Einzelnen ergeben sich gegenüber dem alten § 85a folgende technische und inhaltliche Änderungen:

In Absatz 2 wird Satz 1 redaktionell angepasst, und die Regelungen, die sich auf die erstmalige Vereinbarung der Euro-Gebührenordnung beziehen, werden gestrichen, da diese zukünftig in § 87c geregelt werden.

In Absatz 3 wird klargestellt, dass die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen für zusätzliche morbiditätsbedingte Leistungen, die sich aus einem bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben (z.B. Grippewelle), zeitnah zusätzliche Mittel zur Verfügung stellen müssen. D.h. die zusätzlichen Zahlungen erfolgen ggf. bereits im laufenden Jahr und nicht erst im Folgejahr. Entsprechend wird der Beschluss des Bewertungsausschusses zu dieser Frage (§ 87a Abs. 5) auf den 31. August 2008 vorgezogen, um sicherzustellen, dass die Regelung bereits im Jahr 2009 unterjährig angewendet werden kann. Wie im Gesetzentwurf und im geltenden Recht sieht Satz 5 erster Halbsatz vor, dass Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit außerhalb der (morbiditätsbedingten) Gesamtvergütungen zu vergüten sind; im neuen zweiten Halbsatz wird den Vertragsparteien der Honorarvereinbarungen nunmehr zudem die Möglichkeit eingeräumt, ebenfalls gemeinsam und einheitlich zu vereinbaren, dass bestimmte zusätzliche vertragsärztliche Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 vergütet werden. Diese Leistungen werden von den Krankenkassen dann also ohne Mengenbegrenzung mit den Euro-Preisen vergütet, und sie fallen auch nicht unter die arztbezogenen Regelleistungsvolumina. Vorstellbar wären solche Regelungen z.B. für antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen, Dialyseleistungen oder Präventionsleistungen.

Um die Regelungen besser lesbar zu machen, wird der Teil der Regelungen, der sich auf eine Korrektur der Gesamtvergütungen bezieht, in einem neuen Absatz 3a geregelt. Inhaltlich wird hier zudem klargestellt, dass die notwendigen Korrekturen spätestens bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen sind. So wird gewährleistet, dass ggf. anfallende Nachzahlungen die Kassenärztlichen Vereinigungen (oder die Krankenkassen) so

schnell wie möglich erreichen. Einzelheiten zum Ausgleichsverfahren haben die Vertragspartner der Honorarvereinbarungen zu vereinbaren.

Die Regelungen des bisherigen Absatz 3 i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55), die sich auf die erstmalige Festlegung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs beziehen, sind nunmehr im neuen § 87c geregelt (s.o.).

Die Regelungen des bisherigen Absatzes 4 i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55) bleiben unverändert.

Im Absatz 5 Satz 1 finden sich redaktionelle Änderungen. Die Aufzählung zu den vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Verfahren erfolgt nun gemäß der Reihenfolge, in der die Regelungen, auf die Bezug genommen wird, im Gesetz genannt werden. Der Beschluss zur erstmaligen Berechnung der Leistungsmenge für das Jahr 2009 (alte Nr. 4) wird in den neuen § 87c überführt. Die Streichung in Satz 2 zweiter Halbsatz ist erforderlich, um die nähere Konkretisierung der Leistungsmenge, die als Parameter zur Bestimmung von Risikoklassen Verwendung findet, der Selbstverwaltung zu überlassen. Zudem wird neu vorgegeben, dass der Bewertungsausschuss ein Verfahren festzulegen hat, nach welchem die diagnosebezogenen Risikoklassen für Versicherte zu bereinigen sind, wenn die Vertragspartner vereinbaren, dass bestimmte Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet werden (s.o.). Da diese Leistungen nicht mehr unter die Gesamtvergütungen und damit unter den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf fallen, dürfen diese Leistungen auch nicht mehr in die diagnosebezogenen Risikoklassen einfließen, mit deren Hilfe die Entwicklung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Zeitablauf gemessen wird.

In Absatz 6 wird klargestellt, dass die dort genannten Datenlieferungen zwischen den Beteiligten jeweils unentgeltlich zu erfolgen haben. Die Regelungen zu den Datenlieferungen die für den Beschluss des Bewertungsausschusses zur erstmaligen Berechnung der Leistungsmenge für das Jahr 2009 (s.o.) erforderlich sind, wurden in den neuen § 87c überführt.

Der bisherige Absatz 7 i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55) wird gestrichen. Die Richtlinien zum Fremdkassenzahlungsausgleich verbleiben weiterhin bei der KBV, sie gehen also nicht an den Bewertungsausschuss über. Die notwendigen inhaltlichen Anpassungen zum Fremdkassenzahlungsausgleich erfolgen im § 75 Abs. 7a (neu). Vorteil ist, dass das Verfahren des Fremdkassenzahlungsausgleichs, welches bisher bei der KBV angesiedelt ist und reibungslos verläuft, ohne große Brüche effizient weitergeführt werden kann. Der

Bewertungsausschuss wird nicht mit dieser Aufgabe belastet und hat deshalb mehr Kapazitäten für die übrigen von ihm zu erfüllenden Aufgaben frei.

Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 57b und 57c (neu) (§§ 87b, 87c und 87d (neu)) (Vergütung des einzelnen Arz-
tes (Regelleistungsvolumina),
Vergütung vertragsärztlicher
Leistungen in den Jahren 2009
und 2010, Zahlungsanspruch
bei Mehrkosten)

Nach Artikel 1 Nr. 57a werden folgende Nummern 57b und 57c eingefügt:

„57b. Nach § 87a werden folgende §§ 87b und 87c eingefügt:

„§ 87b

Vergütung der Ärzte (arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina)

(1) Abweichend von § 85 werden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 vergütet. Satz 1 gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

(2) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis sind arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen. Ein Regelleistungsvolumen nach Satz 1 ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 enthaltenen und für den Arzt

oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist. Abweichend von Absatz 1 Satz 1 ist die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden. Bei der Bestimmung des Zeitraums, für den ein Regelleistungsvolumen festgelegt wird, ist insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist. Für den Fall, dass es im Zeitablauf wegen eines unvorhersehbaren Anstiegs der Morbidität gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 zu Nachzahlungen der Krankenkassen kommt, sind die Regelleistungsvolumina spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum entsprechend anzupassen. Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sind außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten. Weitere vertragsärztliche Leistungen können außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

(3) Die Werte für die Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 sind morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen; bei der Differenzierung der Arztgruppen ist die nach § 87 Abs. 2a zu Grunde zu legende Definition der Arztgruppen zu berücksichtigen. Bei der Bestimmung des Regelleistungsvolumens nach Absatz 2 sind darüber hinaus insbesondere

1. die Summe der für einen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87a Abs. 3 insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen,
2. zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a,
3. zu erwartende Zahlungen für die nach Absatz 2 Satz 3 abgestaffelt zu vergütenden und für die nach Absatz 2 Satz 6 und 7 außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergütenden Leistungsmengen,
4. Zahl und Tätigkeitsumfang der der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Ärzte

zu berücksichtigen. Soweit dazu Veranlassung besteht, sind auch Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen. Zudem können auf der Grundlage der Zeitwerte nach § 87 Abs. 2 Satz 1 Kapazitätsgrenzen je Arbeitstag für das bei gesicherter Qualität zu erbringende Leistungsvolumen des Arztes oder der Arztpraxis festgelegt werden. Anteile der Vergütungssumme nach Satz 1 Nr. 1 können für die Bildung von Rückstellungen zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, für Sicherstellungsaufgaben und zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten verwendet werden. Die Morbidität nach Satz 1 ist mit Hilfe der Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht zu bestimmen. Als Tätigkeitsumfang nach Satz 2 gilt der Umfang des Versorgungsauftrags, mit dem die der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Vertragsärzte zur Versorgung zugelassen sind, und der Umfang des Versorgungsauftrags, der für die angestellten Ärzte der jeweiligen Arztgruppe vom Zulassungsausschuss genehmigt worden ist. Fehlschätzungen bei der Bestimmung des voraussichtlichen Umfangs der Leistungsmengen nach Satz 2 Nr. 3 sind zu berichtigen; die Vergütungsvereinbarungen nach § 87a Abs. 3 bleiben unberührt.

(4) Der Bewertungsausschuss bestimmt erstmalig bis zum 31. August 2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten. Er bestimmt darüber hinaus ebenfalls erstmalig bis zum 31. August 2008 Vorgaben zur Umsetzung von Absatz 2 Satz 3 und 6 sowie Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach Absatz 3 Satz 5. Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen stellen gemeinsam erstmalig bis zum 15. November 2008 und danach jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 1 und 2 unter Verwendung der erforderlichen regionalen Daten die für die Zuweisung der Regelleistungsvolumina nach Absatz 5 konkret anzuwendende Berechnungsformel fest. Die Krankenkassen übermitteln den in Satz 3 genannten Parteien unentgeltlich die erforderlichen Daten, auch versichertenbezogen, nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses. Die Parteien nach Satz 3 können eine Arbeitsgemeinschaft mit der Erhebung und Verwendung der nach Satz 3 erforderlichen Daten beauftragen. § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend.

(5) Die Zuweisung der Regelleistungsvolumina an den Arzt oder die Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der Regelleistungsvolumina

vergütet werden, sowie der jeweils geltenden regionalen Preise obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung; die Zuweisung erfolgt erstmals zum 30. November 2008 und in der Folge jeweils spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des Regelleistungsvolumens. § 85 Abs. 4 Satz 9 gilt. Die nach § 85 Abs. 4 der Kassenärztlichen Vereinigung zugewiesenen Befugnisse, insbesondere zur Bestimmung von Abrechnungsfristen und -belegen sowie zur Verwendung von Vergütungsanteilen für Verwaltungsaufwand, bleiben unberührt. Kann ein Regelleistungsvolumen nicht rechtzeitig vor Beginn des Geltungszeitraums zugewiesen werden, gilt das bisherige dem Arzt oder der Arztpraxis zugewiesene Regelleistungsvolumen vorläufig fort. Zahlungsansprüche aus einem zu einem späteren Zeitpunkt zugewiesenen höheren Regelleistungsvolumen sind rückwirkend zu erfüllen.

§ 87c

Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2009 und 2010

(1) Abweichend von § 87 Abs. 2e Satz 1 erfolgt die erstmalige Festlegung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 für das Jahr 2009 bis zum 31. August 2008, die erstmalige Festlegung der Orientierungswerte nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 2 und 3 für das Jahr 2010 bis zum 31. August 2009. Dabei ist der Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 für das Jahr 2009 rechnerisch durch die Division des Finanzvolumens nach Satz 3 durch die Leistungsmenge nach Satz 4 zu ermitteln, es sei denn, durch übereinstimmenden Beschluss aller Mitglieder des für ärztliche Leistungen zuständigen Bewertungsausschusses wird der Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 in anderer Höhe festgelegt. Das Finanzvolumen ergibt sich aus der Summe der bundesweit insgesamt für das Jahr 2008 nach § 85 Abs. 1 zu entrichtenden Gesamtvergütungen in Euro, welche um die für das Jahr 2009 geltende Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 für das gesamte Bundesgebiet zu erhöhen ist. Die Leistungsmenge ist als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes abzubilden; sie ergibt sich aus der Hochrechnung der dem Bewertungsausschuss vorliegenden aktuellen Abrechnungsdaten, die mindestens vier Kalendervierteljahre umfassen. Bei der Hochrechnung sind Simulationsberechnungen zu den Auswirkungen des zum 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die von den Ärzten abgerechnete Leistungsmenge sowie unterjährige Schwankungen der Leistungsmenge im Zeitverlauf entsprechend der in den Vorjahren zu beobachtenden Entwicklung zu berücksichtigen. Für die Hochrechnung

nach Satz 4 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Bewertungsausschuss unentgeltlich bis zum 1. Juni 2008 die ihnen vorliegenden aktuellen Daten über die Menge der abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen, die mindestens vier Kalendervierteljahre umfassen, jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen. Bei der Festlegung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 für das Jahr 2010 hat der Bewertungsausschuss über die in § 87 Abs. 2g genannten Kriterien hinaus Fehlschätzungen bei der Ermittlung der Leistungsmenge nach Satz 4 und 5 zu berücksichtigen.

(2) Liegen zur Ermittlung der Indikatoren nach § 87 Abs. 2f Satz 4 keine amtlichen Indikatoren vor und ist es dem Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2008 nicht möglich, die zur Erstellung eigener Indikatoren erforderlichen Daten zu erheben und auszuwerten, kann der Bewertungsausschuss diese Indikatoren für das Jahr 2009 abweichend von § 87 Abs. 2f Satz 4 mit Hilfe von amtlichen Indikatoren ermitteln, die Abweichungen der Wirtschaftskraft eines Bundeslandes von der bundesdurchschnittlichen Wirtschaftskraft messen.

(3) Abweichend von § 87a Abs. 2 Satz 1 vereinbaren die Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 auf der Grundlage des vom Bewertungsausschuss gemäß Absatz 1 für das Jahr 2009 vereinbarten Orientierungswertes bis zum 15. November 2008 einen Punktwert, der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2009 anzuwenden ist. Abweichend von § 87a Abs. 2 Satz 6 zweiter Halbsatz enthält die zu erstellende regionale Gebührenordnung für das Jahr 2009 keine Preise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung. Die Punktwerte für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Falle von Unter- und Überversorgung werden auf Grundlage der vom Bewertungsausschuss gemäß Absatz 1 für das Jahr 2010 vereinbarten Orientierungswerte erstmalig bis zum 31. Oktober 2009 für das Jahr 2010 vereinbart und auf dieser Grundlage die Preise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung erstmalig in der regionalen Gebührenordnung für das Jahr 2010 ausgewiesen.

(4) Abweichend von § 87a Abs. 3 Satz 1 erfolgen die erstmaligen Vereinbarungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das Jahr 2009 bis zum 15. November 2008. Dabei wird der mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundene Behandlungsbedarf für jede Krankenkasse wie folgt bestimmt: Für jede

Krankenkasse ist die im Jahr 2008 voraussichtlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen je Versicherten der jeweiligen Krankenkasse um die vom Bewertungsausschuss unter Berücksichtigung der Kriterien gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 4 zu schätzende bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge je Versicherten des Jahres 2009 gegenüber dem Vorjahr anzupassen und mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2009 zu multiplizieren. Die im Jahr 2008 voraussichtlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen ergibt sich aus der Hochrechnung der den Vertragsparteien vorliegenden aktuellen Daten über die Menge der abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen, die mindestens vier Kalendervierteljahre umfassen, jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen; bei der Hochrechnung sind Simulationsberechnungen zu den Auswirkungen des zum 1. Januar 2008 in Kraft getretenen einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die von den Ärzten abgerechnete Leistungsmenge sowie unterjährige Schwankungen der Leistungsmenge im Zeitverlauf entsprechend der in den Vorjahren zu beobachtenden Entwicklung zu berücksichtigen. Fehlschätzungen nach Satz 3 und 4 sind bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung für das Jahr 2010 zu berichtigen. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 31. August 2008 ein zwingend zu beachtendes Verfahren zur Berechnung des Behandlungsbedarfs nach Satz 1 bis 4 einschließlich der dafür erforderlichen Daten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den in § 87a Abs. 2 Satz 1 genannten Verbänden der Krankenkassen die Daten nach Satz 5 unentgeltlich bis zum 31. Oktober 2008.“

- 57c. Der bisherige § 87a wird § 87d; in ihm wird in Satz 4 wird die Angabe „§ 87 Abs. 2d Satz 2“ durch die Angabe „§ 87 Abs. 2h Satz 2“ ersetzt.“

Begründung

Zu Nummer 57b

Die Regelungen des neuen § 87b entsprechen im Wesentlichen den Regelungen im bisherigen § 85b i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55). Da die Regelungen zeitlich und systematisch auf den Regelungen zu § 87 aufbauen, sind sie an dieser Stelle im Gesetz besser geregelt. Die Regelungen wurden zudem so umstrukturiert, dass sie insgesamt verständlicher werden. Die Regelungen des neuen § 87c umfassen im Wesentlichen alle Sonderregelungen der bisherigen § 87 sowie §§ 85a und 85b i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55 und Nr. 57), die sich

lediglich auf die Übergangszeit im Jahr 2009 und 2010 beziehen. Die Regelungen des neuen § 87d entsprechen den – redaktionell angepassten – Regelungen des bisherigen § 87a. i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 57a)

Die gegenüber den bisherigen Regelungen in §§ 85a und 85b i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55) vorgenommenen inhaltlichen Änderungen zielen alle darauf ab, der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf Bundesebene und auf regionaler Ebene eine bessere Umsetzung der Vergütungsreform zu ermöglichen. Soweit möglich wurden die Regelungen vereinfacht bzw. neue Spielräume für die Selbstverwaltung zur Umsetzung der Regelungen geschaffen.

Im Einzelnen ergeben sich folgende technische und inhaltliche Änderungen:

Zu § 87b

Zu Absatz 1

Redaktionelle Anpassungen

Zu Absatz 2

Die Regelungen des neuen Absatz 2 entsprechen im Wesentlichen den Regelungen im bisherigen § 85b Abs. 2 i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55). In Satz 1 bis Satz 5 erfolgen redaktionelle Anpassungen. Durch klarstellende Formulierungen wird ermöglicht, Regelleistungsvolumina sowohl auf den Arzt als auch auf die Arztpraxis zu beziehen, um allen Konstellationen der ambulanten ärztlichen Tätigkeit Rechnung tragen zu können, z.B. in einer Einzel- und Gemeinschaftspraxis, an mehreren Praxissitzen, als Vollzeit- oder Teilzeitarzt, als freiberuflich tätig oder als angestellter Arzt, in überörtlichen oder überbezirklichen Kooperationsformen. Der neu angefügte Satz 6 berücksichtigt, dass die zeitgebundenen und vorab von den Krankenkassen zu genehmigenden psychotherapeutischen Leistungen mengenbegrenzt sind und deshalb eine Einbeziehung in die Steuerung über Regelleistungsvolumina nicht erforderlich ist. Darüber hinaus eröffnet der Satz 7 die Möglichkeit, bestimmte Leistungen, die besonders gefördert werden sollen oder für die es medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei der Leistungserbringung erforderlich ist, nicht in die Regelleistungsvolumina einzubeziehen. Vorstellbar wären solche Regelungen z.B. für Dialyse- oder Präventionsleistungen. Dies ermöglicht, die Förderung von Leistungen durch die besondere Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab durch die Nicht-Einbeziehung dieser Leistungen in die Regelleistungsvolumen fortwirken zu lassen. Der Bewertungsausschuss, welcher sowohl den Einheitlichen Bewertungsmaßstab als auch die

Vorgaben zur Umsetzung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina vereinbart, hat festzulegen, für welche Leistungen eine solche Ausnahme sinnvoll ist. Dabei hat er die Regelungen insgesamt so festzulegen, dass die ausreichende Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen gewährleistet ist.

Zu Absatz 3

Die Regelungen des neuen Absatz 3 entsprechen im Wesentlichen den Regelungen im bisherigen § 85b Abs. 3 i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55). Satz 1 enthält einige redaktionelle Anpassungen. Die in Satz 2 enthaltene Liste der zwingend zu beachtenden Kriterien zur Bestimmung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina wird im Vergleich zur Regelung in § 85b Abs. 3 aber deutlich verringert. Als zwingende Kriterien nach Satz 1 und Satz 2 verbleiben nur die Morbidität, die zur Verteilung in den Regelleistungsvolumina zu Verfügung stehende Honorarsumme sowie die Zahl der Ärzte. In Satz 3 wird zudem vorgegeben, dass soweit erforderlich auch Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen sind. Die ehemals zwingend zu beachtende Vorgabe von aus den EBM-Zeitwerten abgeleitete Kapazitätsgrenzen wird in Satz 4 zu einer Kann-Regelung umgewandelt, um den Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung und die Umsetzbarkeit der Regelungen zu erhöhen. In Satz 5 finden sich Regelungen zur Bildung von Rückstellungen, die in bisherigen § 85b Abs. 4 i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55) enthalten waren, systematisch aber besser in diesen Absatz passen. Da Erfahrungen mit vergangenen Vergütungsreformen gezeigt haben, dass es in Folge solcher weit reichender Reformen zu ungewollten Honorarverwerfungen für Ärzte bzw. Arztgruppen kommen kann, wird hier zusätzlich die Option eröffnet, Rückstellungen zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste zu bilden. Damit wird die Selbstverwaltung in die Lage versetzt und in die Verantwortung genommen, dem zeitnah entgegenzusteuern. Bei den sonstigen Anpassungen handelt es sich um redaktionelle Änderungen.

Absatz 4

Die Regelungen des neuen Absatz 4 entsprechen im Wesentlichen den Regelungen im bisherigen § 85b Abs. 4 i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55). In Satz 1 und 2 werden alle vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden Regelungen aufgeführt. Diese entsprechen inhaltlich den Regelungen aus § 85b Abs. 4 Satz 1 und 2; zusätzlich ist in Satz 1 nun eine Regelung aufgeführt, die vorher mit gleichem Inhalt im § 85b Abs. 5 Satz 3 enthalten war, systematisch aber besser an diese Stelle passt. Satz 2 enthält redaktionelle Anpassungen sowie die Klarstellungen, bis wann die Beschlüsse erstmals zu treffen sind und, dass die Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Bildung von Rückstellungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Grundsätze beschränkt bleibt. In Satz 3 wird der Termin zur erstmaligen Feststellung der Berechnungsformel für die Regelleistungsvolumina durch die

regionale Selbstverwaltung vom 31. Oktober 2008 auf den 15. November 2008 verändert, um der Selbstverwaltung einen etwas größeren zeitlichen Spielraum zu geben. Die in Satz 4 und 5 enthaltenen Datenregelungen waren im Wesentlichen vorher in § 85b Abs. 5 Satz 1 und 2 enthalten, passen systematisch aber besser an diese Stelle. Inhaltlich neu ist hier lediglich die Klarstellung, dass die hier angesprochenen Daten unentgeltlich bereitzustellen sind.

Absatz 5

Die in Absatz 5 enthaltenen Regelungen entsprechen im Wesentlichen den Regelungen in § 85b Abs. 4 Satz 4 bis 6 sowie § 85b Abs. 6 i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55). Alle Regelungen betreffen die Zuweisung des Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztliche Vereinigung und sonstige Befugnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen. Da diese Regelungen systematisch zusammengehören, werden sie im neuen Absatz 5 zusammengefasst. In Satz 1 wird zudem klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Arzt bei der Zuweisung des Regelleistungsvolumens auch die Leistungen zu benennen haben, die außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden.

Zu § 87c

Die Regelungen des neuen § 87c umfassen im Wesentlichen alle Sonderregelungen der bisherigen § 87 sowie §§ 85a und 85b i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55 und 57), die sich lediglich auf die Übergangszeit im Jahr 2009 und 2010 beziehen. Da diese systematisch zusammengehören, werden sie zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit der Regelungen im neuen § 87c zusammengefasst.

Zu Absatz 1

Die Regelungen in Absatz 1 entsprechen im Wesentlichen den Regelungen im bisherigen 87 Abs. 2g i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 57) zur erstmaligen Festlegung der Orientierungswerte. In Satz 1 werden aber die Termine zur erstmaligen Festlegung der Orientierungswerte angepasst: Am 31. August 2008 erfolgt lediglich die erstmalige Festsetzung der Orientierungswertes im Regelfall. Der Termin zur erstmaligen Festlegung des Orientierungswertes bei Über- oder bei Unterversorgung (Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens über Preisanreize) wird vom 31. August 2008 auf den 31. August 2009 verschoben. Durch die Verschiebung der Festlegung der letztgenannten Orientierungswerte auf das Jahr 2009 sinkt der Aufwand für die Selbstverwaltung auf Bundesebene und auf regionaler Ebene im Jahr 2008 beträchtlich, so dass sie mehr Kapazitäten für die Umsetzung der übrigen im Jahr 2008 durchzuführenden Umsetzungsschritte frei hat.

In Satz 2 bis Satz 5 finden sich die Vorgaben zur erstmaligen Festlegung des Orientierungswertes im Regelfall. Diese Vorgaben orientieren sich an den Vorgaben des bisherigen § 87 Abs. 2g i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 57), wobei die Spielräume für die Selbstverwaltung aber erheblich erweitert und die Regelungen so angepasst werden, dass sie fristgerecht umgesetzt werden können. Auf die in § 87 Abs. 2g Satz 2 enthaltene Anforderung, den Orientierungswert so festzulegen, dass insgesamt Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, wird verzichtet, da der Spielraum der Selbstverwaltung erhöht werden soll (s.u.). Satz 2 gibt wie der bisherige § 87 Abs. 2g Satz 3 vor, dass der Orientierungswert rechnerisch aus der Division eines vorgegebenen Finanzvolumens und einer vorgegebenen Leistungsmenge zu ermitteln ist. In Satz 2 zweiter Halbsatz wird dem Bewertungsausschuss aber die grundsätzliche Option gegeben, durch übereinstimmenden Beschluss seiner Mitglieder (d.h. faktisch ohne die Möglichkeit der Anrufung des Erweiterten Bewertungsausschusses) von der gesetzlich vorgegebenen Berechnungsweise abzuweichen und einen Orientierungswert in anderer Höhe festzulegen: D.h., wenn der Bewertungsausschuss nach eigenem Ermessen einen anderen Orientierungswert festlegen möchte, wird ihm dies durch die gesetzlichen Regelungen eröffnet. Somit wird der Spielraum der Selbstverwaltung erhöht, einstimmig eigene Lösungen zur erstmaligen Festlegung des Orientierungswertes zu finden. Macht der Bewertungsausschuss von dieser Option keinen Gebrauch oder kann er sich nicht auf eine anderweitige Festlegung des Orientierungswertes einigen, so gelten die gesetzlichen Vorgaben in Satz 3 bis 5. Gegenüber den Vorgaben in § 87 Abs. 2g sind diese Vorgaben aber mit dem Ziel angepasst worden, den sich daraus ergebenden Punktwert zu stabilisieren. Deshalb wird in Satz 3 ein höheres Finanzvolumen (die für das Jahr 2008 entrichteten und mit der für das Jahr 2009 vorgegebenen Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 gesteigerten Gesamtvergütungen) und in Satz 4 eine niedrigere Leistungsmenge zu Grunde gelegt: Abgestellt wird nicht mehr auf die insgesamt erbrachten Leistungen, sondern auf die Leistungen, die sich nach der Durchführung der Abrechnungsprüfungen sowie Mengenbegrenzungsmechanismen der Honorarverteilungsverträge (z.B. Regelungen zu Fallzahlobergrenzen, Regelungen zur Fallzahlzuwachsbeschränkung sowie Abstaffelungsregelungen) ergeben; Leistungsmengen, die im Rahmen der Honorarverteilung mit abgestaffelten Punktwerten vergütet werden, sind unter Berücksichtigung des vorgenommenen relativen Vergütungsabschlags zu gewichten. Die Anpassungen führen im Ergebnis somit zu einem höheren rechnerischen Punktwert; der Orientierungswert liegt damit über dem bundesdurchschnittlichen rechnerischen Punktwert des Jahres 2008. In Satz 4 wird zudem vorgegeben, dass die Festlegung auf Basis von Abrechnungsdaten aus mindestens vier aktuell vorliegenden Quartalen erfolgt. In Satz 5 wird zusätzlich vorgegeben, dass bei der Berechnung Simulationsberechnungen zur Wirkung des neuen EBM auf die Leistungsmenge zu berücksichtigen sind. Insgesamt wird so sichergestellt,

dass zum Zeitpunkt der Beschlussfassung auf jeden Fall die erforderlichen Daten vorliegen und ein sachgerechter Beschluss getroffen werden kann, die Regelung vom Bewertungsausschuss also umgesetzt werden kann. Die in Satz 6 enthaltene Datenregelung war im bisherigen § 87 Abs. 3f i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 57) enthalten, ist systematisch aber besser an dieser Stelle geregelt. Inhaltlich wird lediglich klargestellt, dass die Datenlieferungen unentgeltlich zu erfolgen haben. Die in Satz 7 enthaltene Regelung zur Anpassung des Orientierungswertes im Jahr 2010 war bisher mit gleichem Inhalt im bisherigen § 87 Abs. 2h Satz 2 i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 57) enthalten, passt systematisch besser aber an diese Stelle.

Zu Absatz 2

Die Regelung in Absatz 2 entspricht im Wesentlichen der Regelung im bisherigen § 87 Abs. 2f Satz 5 i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 57), passt systematisch aber besser an diese Stelle, da es sich um eine lediglich für das Jahr 2009 anzuwendende Spezialregelung handelt. Die vorherige "Soll-Bestimmung" wurde in eine "Kann-Bestimmung" umgewandelt, um stärker zu verdeutlichen, dass die Daten zur Wirtschaftskraft nur hilfsweise, unter differenzierter Anwendung sowie nur im Ausnahmefall im Jahr 2008 verwendet werden.

Zu Absatz 3

Die erstmalige Vereinbarung des regionalen Punktwertes zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Regelfall wird auf den 15. November 2008 verschoben, um den regionalen Vertragspartnern bei der erstmaligen Vereinbarung der Punktwerte etwas mehr zeitlichen Spielraum zu geben. Zudem wird klargestellt, dass die regionalen Gebührenordnungen für das Jahr 2009 nur die Preise für den Regelfall enthalten; aufgrund der Verschiebung der erstmaligen Festlegung der Orientierungswerte für Über- und Unterversorgung werden die diesbezüglichen Punktwerte auch erst ein Jahr später, d.h. zum 15. Oktober 2010 vereinbart und auf dieser Grundlage die Preise für Über- und Unterversorgung ermittelt.

Zu Absatz 4

Die Regelungen in Absatz 4 beinhalten die Vorgaben zur erstmaligen Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen im Jahr 2008. Die Regelungen entsprechen im Wesentlichen den Regelungen im bisherigen § 85a Abs. 3 Satz 7 bis 11 (Berechnungsvorgabe) sowie der Regelung im bisherigen § 85a Abs. 5 Satz 1 Nr. 4 (Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Berechnung) und § 85a Abs. 6 Satz 5 (Datenregelungen) jeweils i.d.F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55). Da die Regelungen systematisch zusammengehören und sie eine Sonderregelung für das Jahr 2009 darstellen, werden sie in diesem Absatz zusammengefasst. In Satz 1 wird der Termin für die erstmalige Vereinbarung

der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen um zwei Wochen auf den 15. November 2008 verschoben; dies ist eine Folgeänderung der Terminverschiebungen in Absatz 3. In Satz 4 wird analog zur Regelung in Absatz 1 Satz 4 (erstmalige Festlegung des Orientierungswertes) vorgegeben, dass mindestens auf die abgerechneten Leistungsdaten der letzten vier vorliegenden Quartale abzustellen ist. Dadurch wird gewährleistet, dass zum Zeitpunkt der erstmaligen Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen alle erforderlichen Daten vorliegen und die Regelung umgesetzt werden kann. Zudem wird in Satz 4 klargestellt, dass die Leistungsmengen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Anwendung mengenbegrenzender Mechanismen der Honorarverteilungsverträge zu verwenden sind. Satz 7 stellt klar, dass die Daten unentgeltlich bereitzustellen sind. Der Termin für die Datenlieferung wird vom 1. August auf den 31. Oktober 2008 verschoben, um zu gewährleisten, dass möglichst viele Daten aus dem Jahr 2008 in die Berechnung einfließen können.

Zu Nummer 57c

Die Regelung in der neu eingefügten Nr. 57c entspricht der Regelung in der bisherigen Nr. 57a.

Änderungsantrag 8

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 71 (§ 105)

(Finanzierung Sicherstellungszuschläge)

In Artikel 1 Nr. 71 wird Buchstabe b wie folgt gefasst:

"b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird nach der Angabe "§ 83" die Angabe "oder § 87a" eingefügt.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

"Abweichend von Satz 2 tragen die Krankenkassen in den Jahren 2007 bis einschließlich 2009 den sich aus Satz 1 ergebenden Zahlbetrag an den Vertragsarzt in voller Höhe."

cc) Folgender Satz wird angefügt:

"Satz 3 gilt nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung."

Begründung:

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zur Neuregelung der vertragsärztlichen Vergütung ab dem Jahr 2009.

Zu Doppelbuchstabe bb und cc

Um den Abbau von Unterversorgung bei Ärzten in den Jahren 2007 bis einschließlich 2009 finanziell zu fördern, wird vorgegeben, dass die Krankenkassen die für die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen bei Unterversorgung benötigten finanziellen Mittel nicht nur zu

50 v.H., sondern zu 100 v.H. zu tragen haben. Die Zahlung der Sicherstellungszuschläge geht in den Jahren 2007 bis einschließlich 2009 somit nicht mehr zu Lasten der Gesamtvergütungen und damit der übrigen Ärzte. Diese Regelung ist für die zahnärztliche Versorgung nicht erforderlich.

Änderungsantrag 9

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 118 (§ 139c)

(Redaktionelle Änderung)

In Artikel 1 Nr. 118 wird Buchstabe a wie folgt gefasst:

"a) Die Absatzbezeichnung "(1)" wird gestrichen und in Satz 1 die Angabe "§ 85a" durch die
Angabe "§ 87a" ersetzt."

Begründung:

Redaktionelle Folgeänderung

Änderungsantrag 10

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 192 (§ 285)

(Datenübermittlung zwischen KVen)

Artikel 1 Nr. 192 wird wie folgt gefasst:

"192. § 285 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird die Angabe „Absatz 1 Nr. 5, 6 sowie § 106a und § 305“ durch die Angabe „Absatz 1 Nr. 2, 5, 6 sowie §§ 106a und 305“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

"Sie dürfen die nach Absatz 1 und 2 rechtmäßig erhobenen Sozialdaten der nach § 24 Abs. 3 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und § 24 Abs. 3 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte ermächtigten Vertragsärzte und Vertragszahnärzte auf Anforderung auch untereinander übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der in Absatz 1 Nr. 2 genannten Aufgaben erforderlich ist."

bb) Im bisherigen Satz 4 werden die Wörter "medizinischen Versorgungszentren" durch das Wort "Leistungserbringer" ersetzt."

Begründung:

Zu Buchstabe a

Die Änderung entspricht dem bisherigen Gesetzesbefehl und wird redaktionell korrigiert.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Wenn ein Vertrags(zahn)arzt ermächtigt wird, Leistungen in einer Zweigpraxis zu erbringen, die in einer fremden Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung liegt, gestattet die Regelung den beteiligten Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen den Austausch der zur Feststellung der Richtigkeit der Abrechnungen in zeitlicher Hinsicht (vgl. § 106a Abs. 2 SGB V) erforderlichen Daten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Änderung ist ein Austausch von Abrechnungsdaten zwischen Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für sämtliche vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Leistungserbringer (Ärzte bzw. Zahnärzte in Einzelpraxis, deren Berufsausübungsgemeinschaften, medizinische Versorgungszentren) auf Anforderung für Zwecke der Vergütung und Abrechnungsprüfung zulässig. Neben dem bisher in Satz 4 geregelten Fall, der sich lediglich auf diejenigen medizinische Versorgungszentren bezog, in denen Ärzte und Zahnärzte gemeinsam beschäftigt sind, sollen künftig auch Datenübermittlungen in den Fällen zulässig sein, in denen einzelne Ärzte und Zahnärzte mit doppelter Zulassung oder deren Berufsausübungsgemeinschaften sowohl mit der KV als auch mit der KZV abrechnen.

Änderungsantrag 11

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 198 (§ 295)

(Kodierrichtlinien)

In Artikel 1 Nr. 198 wird Buchstabe d wie folgt gefasst:

"d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter "Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren als Bestandteil der Verträge nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1" durch die Wörter "Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1 vereinbaren als Bestandteil dieser Verträge" ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren erstmalig bis zum 30. Juni 2009 Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Kodierrichtlinien); § 87 Abs. 6 gilt entsprechend."

cc) Satz 3 wird aufgehoben."

Begründung:

Zu Doppelbuchstabe aa

Die redaktionelle Folgeänderung entspricht dem bisherigen Gesetzesbefehl.

Zu Doppelbuchstaben bb und cc

Zur Bestimmung der Morbidität der Versicherten im Rahmen der Vergütung der Vertragsärzte nutzt der Bewertungsausschuss ein Patientenklassifikationssystem auf der Grundlage der ambulanten Behandlungsdiagnosen. Wie im DRG-System bedarf es auch im ambulanten Bereich Richtlinien zur Dokumentation von Diagnosen. Deshalb wird die Vereinbarung von Kodierrichtlinien durch die Bundesmantelvertragspartner bis spätestens Mitte 2009 gesetzlich vorgegeben werden. Die Neufassung des Satzes 2 erster Halbsatz stellt dies klar. Mit der Regelung in Satz 2 zweiter Halbsatz wird klargestellt, dass die aufsichtsrechtlichen Befugnisse des Bundesministeriums für Gesundheit auch auf die Vereinbarung von Kodierrichtlinien Anwendung finden können. Die Aufhebung der Regelungen in Satz 3 ist damit begründet, dass derart spezifische Vorgaben nicht notwendig sind.

Änderungsantrag 12

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 199 (§ 296)

(Auffälligkeitsprüfungen)

Artikel 1 Nr. 199 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

"a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Für die arztbezogenen Prüfungen nach § 106 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a aus den Abrechnungsunterlagen der Vertragsärzte für jedes Quartal folgende Daten:

1. Arztnummer, einschließlich von Angaben nach § 293 Abs. 4 Satz 1 Nummern 2, 3, 6, 7 und 9 bis 14 und Angaben zu Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen sowie zusätzlichen Abrechnungsgenehmigungen,
2. Kassennummer,
3. die abgerechneten Behandlungsfälle sowie deren Anzahl, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen,
4. die Überweisungsfälle sowie die Notarzt- und Vertreterfälle sowie deren Anzahl, jeweils in der Aufschlüsselung nach Nummer 3,
5. durchschnittliche Anzahl der Fälle der vergleichbaren Fachgruppe in der Gliederung nach den Nummern 3 und 4,
6. Häufigkeit der abgerechneten Gebührenposition unter Angabe des entsprechenden Fachgruppendurchschnitts,
7. in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes."

b) Nach Buchstabe a wird folgender Buchstabe a1 eingefügt:

"a1) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

"(2) Für die arztbezogenen Prüfungen nach § 106 übermitteln die Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a über die von allen Vertragsärzten verordneten Leistungen (Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie Krankenhausbehandlungen) für jedes Quartal folgende Daten:

1. Arztnummer des verordnenden Arztes,
2. Kassennummer,
3. Art, Menge und Kosten verordneter Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, getrennt nach Mitgliedern und Rentnern sowie deren Angehörigen, oder in der nach § 84 Abs. 6 Satz 2 bestimmten Gliederung, bei Arzneimitteln einschließlich des Kennzeichens nach § 300 Abs. 3 Nr. 1,
4. Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen sowie Dauer der Krankenhausbehandlung.

Werden die Aufgreifkriterien nach § 106 Abs. 5a von einem Arzt überschritten, sind der Prüfungsstelle auch die Versichertennummern arztbezogen zu übermitteln."

Begründung:

Zu Buchstabe a

Die Regelung konkretisiert die von der Kassenärztlichen Vereinigung an die Prüfungsstellen zu übermittelnden Daten gemäß den weiterentwickelten Anforderungen aus § 106. Anstelle des Wegfalls der Prüfung nach Richtgrößen ist nunmehr verpflichtend anhand von Durchschnittswerten zu prüfen (§ 106 Abs. 2). Des Weiteren werden die in den Bundesmantelverträgen vereinbarten Regelungen zum Datenaustausch, die Datenübermittlungen an die Prüfungsgremien für die Durchführung der regional vereinbarten Prüfungen ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder anderer arztbezogenen Prüfungsarten vorsehen (§ 106 Abs. 2 Satz 4 - alt), gesetzlich abgesichert. Die neue Vorgabe von zusätzlichen Angaben zum Arzt, die neben der Arztnummer

zu übermitteln sind (Nr. 1), sind für eine ordnungsgemäße Durchführung der Prüfungen sowie auch die Zustellung von Bescheiden an den Arzt notwendig.

Zu Buchstabe b

Analog zu den Regelungen in Absatz 1 werden auch in Absatz 2 bereits in den Bundesmantelverträgen geregelten Datenübermittlungen für den Fall von vereinbarten Prüfungen ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten gesetzlich abgesichert. Zudem wird in Satz 2 vorgegeben, dass der Prüfungsstelle in den Fällen, in denen der Arzt aufgrund von Schwellenwertüberschreitungen gemäß § 106 Abs. 5a den Krankenkassen einen Mehraufwand erstatten muss, die Versichertennummer zu übermitteln ist. Dies ist darin begründet, dass bei der Feststellung des zu erstattenden Mehraufwandes durch die Prüfungsstelle die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten vorgegeben ist. Sofern Praxisbesonderheiten in der Arztpraxis vorliegen, können sie die Überschreitungen der Schwellenwerte rechtfertigen und insoweit den Arzt entlasten. Auf Basis der bisherigen gesetzlichen Datenregelungen konnte die Prüfungsstelle diese gesetzliche Vorgabe nur mit Hilfe der unmittelbaren Angaben des betroffenen Arztes im Prüfungsverfahren selbst erfüllen. Die Regelung entlastet nunmehr den Arzt weitgehend von dieser Verpflichtung und ermöglicht unbürokratische, zügige und sachgerechte Prüfungsentscheidungen.

Änderungsantrag 13

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 2 Nr. 8a - neu - (§ 75 SGB V)

(Redaktionelle Folgeänderung)

In Artikel 2 wird nach Nummer 8 folgende Nummer 8a eingefügt:

"8a. In § 75 Abs. 7a Satz 2 werden die Wörter "den Spitzenverbänden" durch die Wörter
"dem Spitzenverband Bund" ersetzt."

Begründung:

Redaktionelle Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der
Krankenkassen.

.

Änderungsantrag 14

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 2 Nr. 11 und 12 (§§ 85a und 85b) (Redaktionelle Folgeänderung)

Artikel 2 Nr. 11 und 12 werden aufgehoben.

Begründung:

Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 55. Da die Regelungen in §§ 85a und 85b zeitlich und systematisch auf den Regelungen zu § 87 aufbauen, werden die Regelungen zukünftig in den neu zu schaffenden §§ 87a bis 87c geregelt. Die in den Nummern 11 und 12 enthaltenen redaktionellen Änderungen auf Grund der Gründung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen werden zukünftig in den neuen Nummern 13a, 13b und 13c geregelt.

Änderungsantrag 15

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 2 Nr. 13 (§ 87)

(Redaktionelle Folgeänderung)

In Artikel 2 Nr. 13 wird in Buchstabe a der Absatz 3b wie folgt gefasst:

„(3b) Der Bewertungsausschuss wird bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben von einem Institut unterstützt, das gemäß der vom Bewertungsausschuss nach Absatz 3e zu vereinbarenden Geschäftsordnung die Beschlüsse nach § 85 Abs. 4a, §§ 87, 87a sowie 87b und die Analysen und Berichte nach Absatz 3a, 7 und 8 vorbereitet. Träger des Instituts sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Ist das Institut am 1. Juli 2008 nicht oder nicht in einer seinen Aufgaben entsprechenden Weise errichtet, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der in Satz 2 genannten Organisationen zur Errichtung des Instituts verpflichten oder eine oder mehrere der in Satz 2 genannten Organisationen oder einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen. Satz 3 gilt entsprechend, wenn das Institut seine Aufgaben nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den geltenden Vorgaben erfüllt oder wenn es aufgelöst wird. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 können die in Satz 2 genannten Organisationen einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen. Sie haben im Zeitraum bis zur Herstellung der vollständigen Arbeitsfähigkeit des Instituts oder des von ihnen beauftragten Dritten sicherzustellen, dass der Bewertungsausschuss die in Satz 1 genannten Aufgaben in vollem Umfang und fristgerecht erfüllen kann. Hierzu hat der Bewertungsausschuss festzustellen, ob und in welchem Umfang das Institut oder der beauftragte Dritte arbeitsfähig ist und ob abweichend von Satz 2 die dort genannten Aufgaben in einer Übergangsphase bis zum 31. Oktober 2008 zwischen dem Institut oder dem beauftragten Dritten und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufgeteilt werden sollen; Absatz 6 gilt entsprechend.“

Begründung:

Folgeänderung zur Änderung von § 87 Abs. 3b in Artikel 1 Nr. 57 und zur Verschiebung der Gründung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen auf den 1. Juli 2008.

Änderungsantrag 16

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 2 Nr. 13a, 13b und 13c (neu) (§§ 87a, 87b und 87c) (Redaktionelle
Folgeänderung)

Nach Artikel 2 Nr. 13 werden folgende Nummern 13a bis 13c eingefügt:

„13a. § 87a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter "Verbände der" gestrichen.
- b) In Absatz 6 Satz 3 werden nach den Wörtern "Verbände der Krankenkassen" die Wörter "und die Ersatzkassen" eingefügt.

13b. In § 87b Abs. 4 Satz 3 werden die Wörter "Verbände der" gestrichen.

13c. In § 87c Abs. 4 Satz 7 werden nach den Wörtern „Verbänden der Krankenkassen“ die Wörter „und den Ersatzkassen“ eingefügt.“

Begründung:

Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 55. Da die Regelungen in §§ 85a und 85b zeitlich und systematisch auf den Regelungen zu § 87 aufbauen, werden die Regelungen zukünftig in den neu zu schaffenden §§ 87a bis 87c geregelt. Geregelt sind hier die redaktionellen Änderungen in Folge der Gründung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen.

Änderungsantrag 17

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 22 Nr. 9a - neu - (§ 20 Abs. 1)

(vertragszahnärztliche Versorgungspflicht)

In Artikel 22 wird nach Nummer 9 folgende Nummer 9a eingefügt:

"9a. Dem § 20 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"Ein Zahnarzt steht auch dann für die Versorgung der Versicherten im erforderlichen
Maße zur Verfügung, wenn er neben seiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit im Rahmen
eines Vertrages nach den §§ 73c oder 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch tätig
wird. ""

Begründung:

Entsprechend der in Artikel 21 Nr. 7 bereits für Vertragsärzte vorgesehenen Ergänzung des
§ 20 Abs. 1 Ärzte-ZV ist auch in § 20 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte
klarzustellen, dass die Tätigkeit eines Vertragszahnarztes im Rahmen eines Einzelvertrages
nach § 73c SGB V oder eines integrierten Versorgungsvertrages nach § 140b SGB V der sich
nach § 20 Abs. 1 Satz 1 ergebenden Pflicht des Vertragszahnarztes, in vollem Umfang für die
Versorgung der Versicherten zur Verfügung zu stehen, nicht entgegensteht. Maßgeblich ist
auch insoweit, dass der Vertragszahnarzt auch bei einer Tätigkeit im Rahmen der genannten
Verträge für die ambulante Versorgung der Versicherten persönlich zur Verfügung steht.