Regelungsvorschlag: „Regionale sektorenunabhängige Versorgung“ mit Erläuterungen

	Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
	§ 123 SGB V Regionale sektorenunabhängige Versorgung	Nicht belegter Paragraf im vierten Abschnitt (Beziehung zu Krankenhäusern und Vertragsärzten) des vierten Kapitels des SGB V (Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringenden).
(1)	[1]Die regionale sektorenunabhängige Versorgung umfasst regionale, verschiedene Leistungsbereiche, übergreifende oder interdisziplinär fachübergreifende Versorgungsangebote sowie besondere Versorgungsaufträge. [2]Sie ist insbesondere auf die regionale Sicherstellung einer wirtschaftlichen und qualitätsorientierten medizinischen und pflegerischen Versorgung ausgerichtet und kann besondere präventive und koordinative Angebote beinhalten.	Beschreibung des Vertragsgegenstands und der Zielsetzung. Der Vertragsgegenstand ist bewusst weit und relativ offengehalten, um den regionalen Akteuren ausreichend Handlungsspielraum zu geben, die Versorgung auf der Basis der regionalen Bedarfe und Gegebenheiten weiterentwickeln zu können. Gedacht wird hier insbesondere an Primärversorgungszentren, Versorgungsangebote unter Einbindung von Gemeindeschwestern bzw. Community Health Nurses oder ambulantstationäre Einrichtungen. Eine Teilnahmeerklärung der Versicherten ist nicht erforderlich, da die Inanspruchnahme nicht mit einer Selbstbeschränkung oder einer Bindung an bestimmte Leistungserbringende verbunden ist, wie etwa bei der HzV. Vielmehr werden vor allem strukturelle Versorgungsangebote adressiert, deren Inanspruchnahme ohnehin freiwillig ist und für die weder vorab noch situativ eine Teilnahmeerklärung benötigt wird. Durch den Verzicht lassen sich unnötige bürokratische Vorgänge bei allen Beteiligten vermeiden.
(2)	[1]Die Krankenkassen, Pflegekassen oder ihre Landesverbände können Verträge über die regionale sektorenunabhängige Versorgung mit Leistungserbringenden oder Gemeinschaften von Leistungserbringenden nach diesem Kapitel sowie nach §§ 71f. Elftes Buch und Kommunen abschließen. [2]Die Verträge können auch Regelungen enthalten, die die regionale sektorenunabhängige Versorgung auf bestimmte Regionen beschränken. [3]Krankenkassen, Pflegekassen oder ihre Landesverbände können mit Zustimmung der beteiligten Vertragspartner auf Leistungserbringendenseite einem Vertrag auch nachträglich beitreten.	Satz 1: Beschreibung der Vertragspartner für die RegioSV. Neben den Krankenkassen sind auch die Pflegekassen und die Kommunen ausdrücklich aufgeführt, um die Sektorengrenzen aufzubrechen und komplementäre Angebote etablieren zu können. Die Gestaltungsfreiheit soll nicht durch Rahmenverträge auf Bundesebene beschränkt werden. Zudem kommen alle zugelassenen Leistungserbringenden des 4. Kapitels SGB V und aus dem Bereich des SGB XI als Vertragspartner in Frage. Auch hier soll eine große Flexibilität ermöglicht werden ohne den Kreis auf nicht zugelassene Leistungserbringenden auszuweiten. Satz 2: Regionale Beschränkungsmöglichkeiten in Analogie zu § 140a SGB V. Satz 3: Die vorgeschlagene Ausgestaltung der RegioSV zielt auf die Geltung für alle GKV-Versicherten (analog Regelversorgung) ab und sieht deshalb einen möglichst offenen Zutritt weiterer Kassen vor. Nicht vorgesehen ist, dass die Vertragspartner auf Kassenseite einem nachträglichen Beitritt weiterer Kassen zustimmen müssen. Die Vertragspartner auf Leistungserbringendenseite müssen hingegen aus rechtlichen Gründen einer Erweiterung zustimmen, da ansonsten ihr Entscheidungsrecht, mit wem sie kontrahieren möchten, unzulässig eingeschränkt wäre. Die Formulierung wurde so in Analogie zu § 295a Abs. 1 S. 1 gewählt und soll verhindern, dass bspw. einzelne Ärztinnen und Ärzte den Beitritt einer weiteren Kasse per Veto verhindern können.

	Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
	4Sofern sie mindestens 70 vom Hundert der gesetzlich Versicherten eines KV-Bezirks vertreten, können die Vertragspartner auf Kassenseite mit Zustimmung der beteiligten Leistungserbringenden einen Beschluss herbeiführen, der die Geltung des Vertrages für alle gesetzlich Versicherten in dem KV-Bezirk herstellt; § 211a Satz 2 gilt entsprechend. 5Es besteht kein Anspruch der Leistungserbringenden auf Vertragsabschluss.	Satz 4: Einführung eines neuen Konstrukts („Allgemeinverbindlichkeit"), welches zwischen Wettbewerb und Kollektivversorgung angesiedelt ist. Wenn mindestens 70 Prozent der gesetzlich Versicherten von dem Vertrag erfasst werden, können die beteiligten Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Leistungserbringenden beschließen, dass der Vertrag für alle gesetzlich Versicherten in einem KV-Bezirk gilt. Dies beschleunigt die Etablierung von neuen Versorgungsformen, da die Einstimmigkeit durch einen 70-prozentigen Mehrheitsbeschluss ersetzt wird und damit das Prinzip „der Langsamste bestimmt das Tempo" aufgehoben wird. Auf eine ähnliche Regelung für kollektive Entscheidungen auf Landesebene (§ 211a SGB V) wird verwiesen. Der Vorschlag begegnet der Kritik, dass wettbewerbliche Verträge „diskriminierend" seien, da sie nicht allen Versicherten zugute kämen.
(3)	1In den Verträgen nach Absatz 2 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der Versorgung sowie die Vergütung zu regeln. 2Die Verträge können auch Leistungen nach dem vierten Kapitel Elftes Buch umfassen. 3Die Verträge können auch Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes, des siebten Kapitels und der §§ 84-90 Elftes Buch sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen und von den im Dritten Kapitel Fünftes Buch und Vierten Kapitel Elftes Buch benannten Leistungen beinhalten sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. 4Satz 3 gilt insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. 5In den Verträgen sind Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien sowie Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren.	Absatz 3 regelt die Abweichungsbefugnisse zu den kollektivvertraglichen Regelungen. Dabei wird weitgehend auf die bereits in den §§ 73b Abs. 5 und 140a Abs. 2 SGB V formulierten entsprechenden Regelungen zurückgegriffen. Ziel ist auch hier, den regionalen Akteuren ausreichend Handlungsspielraum für regional angepasste Lösungen zu geben. Satz 5: Zur Betonung des Wirtschaftlichkeitsgebots sollen die Verträge analog zu § 73b Abs. 5 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung enthalten. Regelungen zur Qualitätssicherung sind ebenfalls zu vereinbaren.

	Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
(3)	6Für die Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Verträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend. 7Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein. 8Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 eingeschränkt. 9Satz 8 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.	Satz 6: Geltende Qualitätsanforderungen dürfen auch in der RegioSVnicht unterschritten werden. Die Formulierung entspricht gleichlautend der Regelung in § 140 a Abs. 2 S. 5 SGB V. Damit wird verhindert, die neuen Versorgungsformen der Kritik einer schlechteren Versorgung auszusetzen. Satz 7: Die Regelung zum Vergütungsverbot „für Diagnosen" wurde in Analogie zu den §§ 73b Abs. 5 Satz 7 und 140a Abs. 2 Satz 10 SGB V ebenfalls aufgenommen. Satz 8: Durch diese Regelung wird klargestellt, dass die Versorgung substitutiv und somit der Sicherstellungauftrag der KV eingeschränkt sein kann. Die Klarstellung verhindert eine Doppelfinanzierung und ist Voraussetzung für einen Bereinigungsanspruch. Analoge Regelung in den §§ 73b Abs. 4 Satz 6 u. 7 und 140a Abs. 1 Satz 5 u. 6 SGB V.
(4)	1Die Partner eines Vertrages nach Absatz 2 können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der regionalen sektorenunabhängigen Versorgung im Rahmen der berufsrechtlichen Grenzen darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus der bzw. des jeweiligen Leistungserbringenden nicht gedeckt ist.	Mit dieser Regelung sollen die sektoralen Grenzen der Berufsausübung durchlässig werden. Entsprechend ihres Zulassungsstatus und im Rahmen der berufsrechtlichen Grenzen können Leistungserbringende auch in anderen teilnehmenden Sektoren tätig werden, wenn dies im Versorgungsvertrag vereinbart wurde. Beispiel wäre die Erbringung einer ambulanten genehmigungspflichtigen Leistung durch einen Krankenhausarzt.
(5)	1Die beteiligten Ärztinnen, Ärzte und Einrichtungen wirken im Rahmen der Teilnahme an der regionalen sektorenunabhängigen Versorgung an der ambulanten Versorgung mit und gelten für die Dauer der Vertragslaufzeit als ermächtigt zur ambulanten Behandlung, sofern sie noch nicht über eine Zulassung oder Ermächtigung verfügen. 2Vertreten die beteiligten Krankenkassen mehr als 50 vom Hundert der Versicherten des KV-Bezirks, in dem die Versorgung nach Absatz 1 erfolgt, werden die zur Teilnahme an der regionalen sektorenunabhängigen Versorgung als ermächtigt geltenden Leistungserbringenden entsprechend ihrem tatsächlichen Tätigkeitsumfang auf den Versorgungsgrad angerechnet. 3Es gelten die Planungsbereiche und Umrechnungsfaktoren der Bedarfsplanungsrichtlinie nach § 101 Abs. 1 SGB V. 4Die zur Teilnahme an der regionalen sektorenunabhängigen Versorgung als ermächtigt geltenden Ärztinnen, Ärzte und Einrichtungen sind bei einer Nachbesetzung im jeweiligen Planungsbereich nach § 103 Abs. 4 bevorzugt zu berücksichtigen.	Ein Problem der ambulanten Versorgung ist die zunehmende Fragmentierung. Es existiert eine Vielzahl von Parallelstrukturen, die beispielsweise nicht in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Im Sinne der konzeptionellen Überlegungen zur sektorenunabhängigen Versorgung sollen daher die zusätzlichen Leistungserbringenden nach § 123 in der ambulanten Bedarfsplanung angerechnet werden, sofern die beteiligten Krankenkassen mindestens 50 Prozent der Versicherten eines Planungsbereichs vertreten. Damit Verträge umgesetzt werden können, auch wenn Planungsbereiche gesperrt sind (Versorgungsgrad > 110 Prozent), werden die Leistungserbringenden per Gesetz ermächtigt. Die Anrechnung erfolgt nach dem Tätigkeitsumfang und der Fachgruppen- und Planungsbereichszuordnung der Bedarfsplanungsrichtlinie. Durch das Nachbesetzungsverfahren sollen die Überkapazitäten sukzessive abgebaut werden, indem die Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen bevorzugt berücksichtigt werden.

	Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
(6)	1Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 je am Vertrag nach Absatz 2 teilnehmenden Leistungserbringenden arztgruppenbezogen pauschaliert um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der regionalen sektorenunabhängigen Versorgung sind, soweit für deren Vergütung von den Vereinbarungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 1 abweichende Regelungen nach Absatz 3 Satz 1 getroffen sind. 2In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.	Es ist eine pragmatische Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vorgesehen, damit es nicht zu einer Doppelfinanzierung kommt. Die Bereinigung erfolgt pauschal pro Leistungserbringenden.
	3Der Bewertungsausschuss hat in seinen Vorgaben gemäß § 87a Absatz 5 Satz 7 zur Bereinigung und zur Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs auch Vorgaben zu der pauschalen Ermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens nach § 123 zu machen.	Satz 3: Das in § 123 SGB V neu vorgesehene einfache pauschale Bereinigungsverfahren ist in den gesetzlichen Regelungen und Bereinigungsbeschlüssen des BA bisher nicht abgebildet und bedarf daher einer gesonderten gesetzlichen Regelung.
(7)	1Die Abrechnung der Leistungen gegenüber den Kranken- und Pflegekassen ist in den Vereinbarungen nach Abs. 2 zu vereinbaren. 2§§ 113 Abs. 4 sowie 294 bis 303 Fünftes Buch und 105 Elftes Buch gelten entsprechend.	Klarstellung, dass die Abrechnung Vertragsgegenstand ist und die bestehenden Abrechnungsverfahren („DTA“) entsprechend gelten. Auch die Regelungen zu Wirtschaftlichkeit und zur Qualität für bereits bestehende ambulante/stationäre Regelungen (z.B. Hochschulambulanzen) gelten entsprechend.

Folgeänderung im SGB XI: § 92b SGB XI

	Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
(1)	Die Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und den weiteren Vertragspartnern nach § 140a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Verträge zur integrierten Versorgung oder zur regionalen sektorenunabhängigen Versorgung nach § 123 des Fünften Buches schließen oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner bzw. bei Verträgen nach § 123 Abs. 2 mit Zustimmung der beteiligten Vertragspartner auf Leistungserbringendenseite beitreten.	Diese Folgeänderung stellt unter Bezugnahme auf Abs. 2 sicher, dass auch die Pflegekassen mit den zugelassenen Pflegeeinrichtungen und weiteren Vertragspartnern Verträge nach § 123 SGB V neu schließen können.