

Dr. Klaus Lieb, Annette Lieb

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz in der Praxis

Chancen und Risiken



Kompaktwissen Gesundheitswesen

Dr. Klaus Lieb, Annette Lieb

Das GKV-Versorgungs- stärkungsgesetz in der Praxis

Chancen und Risiken

DATEV eG, 90329 Nürnberg (Verlag)

© 2015 Alle Rechte, insbesondere das Verlagsrecht, allein beim Herausgeber.

Dieses Buch und alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung der DATEV eG unzulässig.

Die E-Books können Sie auf allen PCs und mobilen Endgeräten Ihrer Betriebsstätte nutzen, für die Sie diese erworben haben. Eine Weitergabe an Dritte ist nicht zulässig.

Im Übrigen gelten die Geschäftsbedingungen der DATEV.

Angaben ohne Gewähr

Stand: April 2015

DATEV-Artikelnummer: 19810

E-Mail: literatur@service.datev.de

Editorial

Das Vertragsrechtsänderungsgesetz führte moderne Versorgungsstrukturen ein, welche sich in der Praxis Großteils bewährt haben.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beabsichtigt die Bundesregierung die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung verbessern. Die demographische Entwicklung, neue Behandlungsmöglichkeiten sowie unterschiedliche Verfolgungssituationen in Ballungsräumen und strukturschwachen Regionen verursachen gesetzgeberischen Handlungsbedarf. Das voraussichtlich im Sommer 2015 in Kraft tretende GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zielt, so das Bundesministerium für Gesundheit, darauf ab, auch in Zukunft eine gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau sicherzustellen. Zudem soll das Gesetz die Rahmenbedingungen für die Tätigkeit in der vertragsärztliche Versorgung weiter flexibilisieren und verbessern sowie Wartezeiten auf Facharzttermine verringern.

Für Vertragsärzte ergeben sich hierdurch teils einschneidende Veränderungen. So kann nach dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Förderung unterversorgter Gebiete der Nachbesetzungsantrag in einem überversorgten Gebiet abgelehnt werden und der abgebende Arzt so quasi enteignet wird. Dies beinhaltet eine erhebliche Verschärfung der derzeitigen Rechtslage bei der Nachbesetzung. Vorliegende Broschüre soll Wege aufzeigen, wie gleichwohl Praxen rechtssicher übertragen werden können. Weitere Änderungen stehen bei den Praxisabläufen, insbesondere bei der Beschäftigung von angestellten Ärzten und Weiterbildungsassistenten, bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie bei den Versorgungsformen – hier sind künftig fachgleiche Medizinischen Versorgungszentrum möglich – an. Die Änderungen lösen einen erheblichen Beratungsbedarf aus.

Redaktionsschluss ist der 31.03.2015. Es kann noch zu inhaltlichen Änderungen des Gesetzentwurfs kommen, soweit diese nach Anhörung der beteiligten Stellen im Verlaufe des noch nicht abgeschlossenen Gesetzgebungsverfahrens beschlossen werden. Besonders in der Diskussion sind die Themen Terminvergabestellen, Definition der Überversorgung im Rahmen des verschärften Zulassungsentzugs, Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung, Stärkung von Praxisnetzen, Verbesserung der Patientensicherheit, geplante Nutzungsbewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Erlangen, im April 2015

Dr. Klaus Lieb

Annette Lieb

Der Inhalt im Überblick

1	Gesetzliche Maßnahmen zur Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung	7
1.1	Problem und Ziel	7
1.2	Entwicklung des Kassenarztrechts bis zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz	8
1.3	GKV-Versorgungsstrukturgesetz	11
1.4	Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012	12
1.5	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), Entwurf	13
2	Steuerung der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen	17
2.1	Bisherige Regelungen	17
2.2	Neuerungen nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VStG)	18
2.2.1	Abbau von Überversorgung	18
2.2.2	Fälle der Versorgungsrelevanz	21
2.2.3	Fälle der Verlegung des Vertragsarztsitzes	23
2.2.4	Privilegierter Personenkreis	24
2.3	Nachbesetzungsverfahren	26
2.3.1	Soll-Vorschrift	26
2.3.2	Versorgungsgründe	27
2.3.3	Verfahrensablauf	29

2.4	Entschädigung	30
2.4.1	Berechnungsmethoden	30
2.4.2	Gegenstand der Entschädigung	32
2.4.3	Steuerliche Qualifikation der Entschädigung	34
2.5	Kritik an der vorgesehenen Regelung	35
2.6	Fazit	36
3	Neuerungen für das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ)	38
3.1	Bisherige gesetzliche Vorgaben	38
3.2	Neuerungen	39
3.2.1	Arztgruppengleiche MVZ	39
3.2.2	Erleichterung bei der Gründung von MVZ durch Kommunen	39
3.2.3	Übertragung von Anstellungsgenehmigungen	42
3.2.4	Bewerbung um einen Vertragsarztsitz ohne konkreten Bewerber	42
3.2.5	Gestaltungsmöglichkeiten	44
3.2.6	Verlegung der Tätigkeit angestellter Ärzte	46
3.2.7	Abrechnungsprüfung	47
4	Neuerungen im Rahmen des Job-Sharings	48
4.1	Bisherige Regelungen	48
4.1.1	Zulassungs- und vertragsarztrechtliche Vorgaben	48
4.1.2	Rechtsfolgen der beschränkten Zulassung	49
4.2	Neuerungen nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz	50

5	Neuerungen bei der Beschäftigung von angestellten Ärzten	51
5.1	Derzeitige Regelungen	51
5.2	Neue Regelungen bei Ausfall des angestellten Arztes	53
5.3	Ruhen der Arztstelle	54
5.4	Anpassung der Gebührenregelungen	55
5.5	Förderung von Weiterbildungsassistenten für den Beruf des Hausarztes	56
5.6	Sinnvolle Ergänzung	57
6	Anpassungen im Praxisablauf	58
6.1	Recht auf Zweitmeinung	58
6.2	Vertragsarzt und Terminservicestelle	60
6.2.1	Patient und Terminservicestelle	60
6.2.2	Terminservicestelle und Praxisablauf	62
6.3	Delegation ärztlicher Leistungen	63
6.4	Einhaltung der Versorgungsaufträge	63
6.5	Praxissoftware	64
7	Neuerungen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen	65
7.1	Wirtschaftlichkeitsprüfung	65
7.2	Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen	67

7.3	Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen	68
7.3.1	Bisherige Rechtslage	70
7.3.2	Regionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung	71
7.4	Prüfungen bei Zahnärzten	71
7.5	Ergebnis	72
8	Förderung neuer Versorgungsformen	73
8.1	Förderkriterien	73
8.2	Antragstellung	75
8.3	Durchführung der Förderung	75
8.4	Versorgungsforschung	77
9	Neuerungen für Apotheker, Heilmittelerbringer und Hebammen	78
9.1	Null-Retaxation und Festschreibung des Apothekenabschlags	78
9.2	Rechnungskürzungen bei Heilmittelerbringern	79
9.3	Haftungsbegrenzung bei Hebammen	80
10	Schlussbetrachtung	83

1 Gesetzliche Maßnahmen zur Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung

1.1 Problem und Ziel

Nach § 1 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) hat die gesetzliche Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Hierzu stellen die Krankenkassen den Versicherten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.

Bei der Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung hat der Gesetzgeber der demografischen Entwicklung der Gesellschaft, neuen Möglichkeiten der Behandlung, die sich aus dem medizinisch technischen Fortschritt ergeben sowie unterschiedlichen Versorgungssituationen in Ballungsräumen und strukturschwachen Regionen durch Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen. Bei sich wandelnden Strukturen bedarf es gesetzgeberischer Maßnahmen, um den, den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) vom Gesetzgeber übertragenen Sicherstellungsauftrag zu gewährleisten.

Die in den letzten Jahren eingeleiteten Maßnahmen haben das Ziel einer bedarfsgerechten, flächendeckenden und gut erreichbaren medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht immer erreicht, sodass der Gesetzgeber weiteren Bedarf zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung sieht.

Mit dem in der Beratung befindlichen Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG) sieht die Bundesregierung einen weiteren gesetzgeberischen Handlungsbedarf, um die medizinische Grundversorgung sicherzustellen. Die hierbei vorgesehenen Maßnahmen bringen teils erhebliche Veränderungen für das Bedarfsplanungswesen. Vor deren Darstellung und Bewertung sind die derzeitigen Rahmenbedingungen der Bedarfssteuerung in der vertragsärztlichen Versorgung, soweit sie für den im Arztrecht tätigen Berater von Bedeutung sind, aufzuzeigen.

1.2 Entwicklung des Kassenarztrechts bis zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Das Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) vom 17.08.1985 hatte die für die kassenärztliche Versorgung bestehenden Vorschriften auf eine einheitliche Rechtsgrundlage gestellt. Je Zulassungsbezirk war ein Kassenarzt auf 500 Mitglieder bzw. ein Zahnarzt auf 1.500 Mitglieder einer Krankenkasse zuzulassen. Mithilfe der Verhältniszahlen sollte eine ausreichende ärztliche Versorgung und eine freie Arztwahl unter den zugelassenen Ärzten gewährleistet werden. Mit Urteil vom 23.03.1960¹ erklärte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) die Regelung der Zugangsvoraussetzungen mithilfe von Verhältniszahlen für nichtig. Damit entfiel ein wesentliches Ordnungsinstrumentarium für die Zulassungspraxis. Seitdem ist eine Verwerfung der Verhältniszahlen zwischen Ärzten und Versicherten festzustellen, der der Gesetzgeber bis heute mit mehr oder weniger großem Erfolg entgegenzusteuern versucht.

Mit dem 16 Jahre später ergangenen Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts (KVWG) führte der Gesetzgeber erstmals wieder eine Bedarfsplanung zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung ein. Es ermöglichte eine Sperrung von überversorgten Gebieten für die weitere Zulassung von Kassenärzten, um den Auswirkungen einer Unterversorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten und Stadtrandbezirken, vorzubeugen.

Eine nach wie vor fortbestehende Überversorgung in den Stadtgebieten und ein unausgewogenes Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten veranlassten den Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung vom 19.12.1986 zu einer weiteren Regulierung von Unterversorgung bzw. Überversorgung. Damit wurde die freie Wahl der Niederlassung der Ärzte noch stärker eingeschränkt, ohne dass der prinzipiell gegebene Anspruch auf Teilhabe an der kassenärztlichen Tätigkeit aufgegeben wurde. Hieran anknüpfend sah das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20.12.1988 die Möglichkeit der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch Sperrung überversorgter Gebiete im

¹ BVerfG, Urteil vom 23.03.1960, 1 BvR 216/51, NJW 1960, 715, LEXinform 0182255

Falle einer Unterversorgung vor. Nach dem Gesetz lag eine Überversorgung vor, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um wenigstens 50 % überschritten wurde und für mindestens 50 % der regionalen Planungsbereiche arztgruppenbezogen eine Überversorgung nicht eintrat.

Mit dem Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992 verschärfte der Gesetzgeber erneut die Bedarfsplanung. Der zur Annahme einer Überversorgung notwendige Versorgungsgrad wurde nunmehr auf eine Überschreitung um 10 % reduziert, ohne dass den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen ein Ermessens- oder Beurteilungsspielraum eingeräumt wurde. Damit wurde das bis dahin geltende Instrument der gleichmäßigen Verteilung von Ärzten aller Fachgebiete auf allen Versorgungsebenen als ungeeignet bzw. unwirksam verworfen. Das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23.06.1997 brachte sodann eine Lockerung der Zugangsbeschränkungen, indem die Möglichkeit zur Aufnahme eines Partners in eine Gemeinschaftspraxis oder eines angestellten Arztes unter gleichzeitiger Honorarbegrenzung eröffnet wurde.

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000² schrieb der Gesetzgeber erstmals die Bedarfszulassung nach vorgegebenen Bedarfskriterien mit Wirkung ab 01.01.2003 fest. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003³ fand eine Anpassung für die neu eingeführten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) statt. Danach sind Anträge auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums abzulehnen, wenn für die betreffenden Arztgruppen Zulassungsbeschränkungen bestehen. Gleiches gilt für die Anstellung von Ärzten.

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 22.12.2006⁴ brachte insoweit erhebliche Veränderungen für das Bedarfsplanungswesen, als die mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 eingeführte Bedarfszulassung nach Verhältniszahlen wieder aufgegeben wurde. Neu aufgenommen wurde eine Sonderzulassung in nicht unterversorgten Planungsbereichen bei Vorliegen eines zusätzlichen lokalen

² GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999, BGBl. 1999 I, 2626

³ GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003, BGBl. 2003 I, 2190, LEXinform 0170557

⁴ Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 22.12.2006, BGBl. 2006 I, 3439, LEXinform 0172804

Versorgungsbedarfs. Aufgehoben wurde die Alterszugangsgrenze von 55 Lebensjahren für den Zugang zur vertragsärztlichen Tätigkeit. Die Altersgrenze für das Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit von 68 Jahren wurde für die Bereiche ausgesetzt, für die der Landesausschuss den Eintritt oder das unmittelbare Drohen einer Unterversorgung festgestellt hatte. Mit der Zulassung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften auch über den KV-Bezirk hinaus, der Möglichkeit der Gründung von Zweigpraxen sowie der Möglichkeit der Anstellung von nicht fachgebietsgleichen Ärzten fand eine weitere Flexibilisierung der ambulanten Versorgung statt.

Das am 01.04.2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)⁵ sah im Rahmen der Bedarfsplanung folgende Schwerpunkte vor:

- Erweiterung der Vertragsfreiheiten der Leistungserbringer im Bereich der besonderen Vertragsformen, z. B. integrierte Versorgung;
- Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung von Patienten mit schweren oder seltenen Krankheiten und spezialisiertem Versorgungsbedarf;
- Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen zur leistungsgerechten Vergütung.

Hierdurch sollte die Voraussetzung geschaffen werden, die Bedarfsplanung im Sinne von Zulassungssperren zu einem späteren Zeitpunkt abzulösen und sich künftig auf eine Versorgungsplanung zu konzentrieren. Diese Erwartung hat sich nicht erfüllt und wird dies wohl auch nicht in Zukunft tun.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 01.01.2009 entfiel rückwirkend zum 01.10.2008 generell die Altersgrenze von 68 Lebensjahren für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit. Damit sollte der Tatsache Rechnung getragen werden, dass einige Praxen in

⁵ GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.03.2007, BGBl. 2007 I, 378, LEXinform 0172906

ländlichen Regionen nicht nachbesetzt werden konnten. Weiter stärkte das Gesetz die hausarztzentrierte Versorgung. Den Krankenkassen wurde aufgegeben, Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte vertreten.

1.3 GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Zum 01.01.2012⁶ trat das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Zur Umsetzung und Sicherung einer wohnortnahen, bedarfsgerechten und flächendeckenden medizinischen Versorgung auch für die Zukunft nennt das Gesetz an Maßnahmen:

- Zuschläge in unterversorgten Gebieten.
- Unterstützung von Praxisgründungen in den zumeist ländlich unterversorgten Regionen, wie Zahlung von Sicherstellungszuschlägen, Ausnahmen bei der Mengenbegrenzung.
- Erleichterung bei der Öffnung von Zweigpraxen. Die Genehmigung für eine Zweigpraxis ist zu erteilen, wenn mit der Zweigpraxis die medizinische Versorgung am neuen Standort sich verbessert und die Versorgung am Stammsitz nicht spürbar schlechter wird.
- Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Aufhebung der Residenzpflicht.
- Bildung von Strukturfonds für unterversorgte Regionen zur Umsetzung von Maßnahmen gegen den Ärztemangel.
- Verbesserung der Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen und Kommunen.
- Möglichkeit des Betriebs eigener Praxen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kommunen, sofern auf anderem Weg ein Arztsitz nicht besetzt werden kann.

⁶ GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22.12.2011, BGBl. 2011 I, 2983, LEXinform 0436902

- Förderung von Praxisnetzen dergestalt, dass sich Vertragsärzte verschiedener Facheinrichtungen mit der Möglichkeit der finanziellen Förderung seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen zusammenschließen können.

1.4 Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012

Eine gute und flächendeckende Versorgung auch in dünnbesiedelten ländlichen Regionen setzt eine zielgenaue Bedarfsplanung voraus. Der Gesetzgeber sieht das Instrument hierfür in der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss am 20.12.2012 beschlossenen und zum 01.01.2013 in Kraft getretenen Bedarfsplanungs-Richtlinie. Mit dieser Richtlinie wird der Planungsrahmen für die Zulassungsmöglichkeiten von Ärzten nach Fachgruppen einschließlich der Psychotherapeuten für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte ambulante medizinische Versorgung neu definiert, um eine flächendeckende und wohnortnahe medizinische Versorgung zu gewährleisten. Sie dient der einheitlichen Anwendung der Verfahren bei Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund von Über- und Unterversorgung.⁷

Nach einer von der Bertelsmann-Stiftung in Auftrag gegebenen Untersuchung des IGES Instituts in 2014 bleibt die haus- und fachärztliche Versorgung weiter in Schieflage. Nach wie vor sei die regionale Verteilung der Ärzte zwischen Stadt und Land vor allem bei den grundversorgenden Fachärzten unverändert. Lediglich die Verteilung der Hausarztsitze erfahre durch die neue Planung eine leichte Verbesserung. Grund hierfür seien die neuen Möglichkeiten für kleinräumige Planungen.

⁷ Die praktischen Auswirkungen für den Vertragsarzt sind Gegenstand der in der Reihe Kompaktwissen Gesundheitswesen aufgelegten Broschüre „Neue Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung“, Stand: 11/2013, DATEV Art.-Nr.: 36771 (Print), 19220 (E-Book).

1.5 GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), Entwurf

Das vom Bundeskabinett beschlossene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz⁸ zielt, so die Begründung, darauf ab, auch in Zukunft eine gut erreichbare medizinische Versorgung der Patienten auf hohem Niveau sicherzustellen. Das Gesetz solle die ärztliche Versorgung insbesondere auf dem Land verbessern, die Rolle der Patienten stärken und Innovationen in der Gesundheitsversorgung fördern. Für eine zukunftsfähige Versorgung seien Innovationen nicht nur bei Arzneimitteln oder einzelnen Behandlungsmethoden, sondern auch bei den Versorgungsstrukturen insgesamt unverzichtbar, so der Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe.

Die Regelungen des Gesetzes erfassen vor allem die Bereiche Rahmenbedingungen für Leistungserbringer auf verschiedenen Ebenen, Zugang der Patienten zur Versorgung, innovative Versorgungsformen, eine Erweiterung der Leistungsansprüche der Versicherten sowie Maßnahmen im Medizinprodukte-, Arzneimittel- und Heilmittelbereich. Sie beinhalten im Einzelnen:

- Das Gesetz gibt den Verantwortlichen vor Ort mehr Möglichkeiten, stärkere Anreize für eine Niederlassung in unterversorgten oder strukturschwachen Gebieten zu setzen. Dazu wird die Einrichtung eines Strukturfonds zur Förderung der Niederlassung erleichtert und die Förderungsmöglichkeiten werden erweitert.
- Zudem werden die Gründungsmöglichkeiten für Medizinische Versorgungszentren weiterentwickelt. Kommunen können durch Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums, insbesondere in ländlichen Regionen, aktiv die Versorgung mitgestalten.
- Ärzte sollen dort tätig sein, wo sie für eine gute Versorgung gebraucht werden. Künftig soll eine Praxis in einem überversorgten Gebiet nur dann nachbesetzt werden, wenn dies für die Versorgung der Patienten auch sinnvoll ist. Diese Einzelfallentscheidung treffen Ärzte und Krankenkassen in den Zulassungsausschüssen vor Ort.

⁸ GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), Entwurf vom 29.12.2014, Br-DrS-641/14, LEXinform 0443008

1 Gesetzliche Maßnahmen zur Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung

- Um die hausärztliche Versorgung nachhaltig zu stärken, wird die Zahl der mindestens zu fördernden Weiterbildungsstellen von 5.000 auf 7.500 erhöht. Weiterzubildende in der ambulanten Versorgung sollen die gleiche Vergütung wie ein Assistenzarzt im Krankenhaus erhalten.
- Bei der ärztlichen Vergütung wird die Versorgungsorientierung gestärkt, z. B. durch die Sicherstellung zeitnaher Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen und den Abbau unbegründeter Nachteile in den Gesamtvergütungen sowie durch Transparenz der Grundsätze und Versorgungsziele der Honorarverteilung. Zudem sollen die Leistungen von Hochschulambulanzen angemessen vergütet werden.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten. Sie sollen mit einer Überweisung innerhalb von vier Wochen einen Termin bei einem Facharzt vermitteln. Um die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern, wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten.
- Das Krankenhaus-Entlassmanagement wird verbessert und strukturierte Behandlungsprogramme werden ausgebaut.
- Für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen können medizinische Behandlungszentren eingerichtet werden.
- Bei bestimmten mengenanfälligen planbaren Eingriffen erhalten Versicherte einen Anspruch auf die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung.
- Bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten Versicherte mehr Wahlrechte.
- Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderung und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten Anspruch auf zusätzliche Leistungen zahnmedizinischer Prävention.

- Versicherte erhalten einen Anspruch auf Krankengeld schon von dem Tag an, an dem die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit erfolgt ist.
- Zur Förderung von Innovationen in der Versorgung und von Versorgungsforschung wird ein Innovationsfonds bei dem Gemeinsamen Bundesausschuss mit einem Volumen von 300 Mio. Euro jährlich – zunächst in den Jahren 2016 bis 2019 – eingerichtet.
- Kranken- und Pflegekassen sollen künftig auf Regressforderungen gegenüber freiberuflichen Hebammen verzichten. Das kann dazu beitragen, die Versicherungsprämien langfristig zu stabilisieren und den Versicherungsmarkt zu beleben, und hilft damit eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe dauerhaft sicherzustellen.
- Im Medizinproduktebereich wird für neue Methoden, bei denen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse angewendet werden, ein systematisches Verfahren zur Methodenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehen. Krankenhäuser, die eine solche neue Methode erbringen wollen, werden zur Teilnahme an Erprobungsstudien verpflichtet.
- Im Arznei- und Heilmittelbereich werden die Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen weiterentwickelt und regionalisiert. Die Höhe des Apothekenabschlags wird gesetzlich festgelegt. Zudem werden Regelungen angepasst, um fehlerhafte Verschreibungen zu vermeiden und Retaxationen zu verringern.

Das vom Bundeskabinett beschlossene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz passierte am 05.03.2015 die erste Lesung im Bundestag.

Der Bundesrat hatte am 06.02.2015 mehr als 80 Änderungen am Regierungsentwurf vorgeschlagen. Zu den Vorschlägen gehört, den Anspruch von Patienten auf ein Zweitmeinungsverfahren nicht auf planbare operative Eingriffe zu beschränken, sondern bei schwerwiegenden Erkrankungen auf nicht-operative sowie risikobehaftete planbare Behandlungen zu erweitern sowie die Verbesserung der Patientensicherheit stärker zu fördern. Weiter setzen sich die Länder dafür ein,

Praxisnetze sowie die hauszentrierte Versorgung zu stärken. Schließlich schlägt der Bundesrat vor, die Frist für die Errichtung von Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen von sechs auf zwölf Monate zu verlängern. Anders als die Bundesregierung hält der Bundesrat das geplante Gesetz für zustimmungsbedürftig, weil es die Länder zu geldwerten Dienstleistungen gegenüber Dritten verpflichtet.

Die Bundesregierung hat die Änderungswünsche des Bundesrates weitgehend abgelehnt. Sie ist der Auffassung, dass es bei der Verabschiedung des Gesetzes nicht der Zustimmung der Länder bedarf.

Die kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat am 19.03.2015 alternative Lösungsvorschläge vorgelegt.⁹

Im Zuge des weiteren Gesetzgebungsverfahrens können Ergebnisse der Ausschussberatungen in den Gesetzestext einfließen. Jedoch ist nach dem bisherigen Verlauf anzunehmen, dass nur in geringem Umfang Anpassungen erfolgen werden.

① Hinweis

Es war geplant, dass das Gesetz im April 2015 in Kraft treten wird. Mit einem Inkrafttreten ist nunmehr im Sommer 2015 zu rechnen.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wirkt auf viele Stellen im Gesundheitswesen ein. Nachfolgend werden die wichtigsten geplanten Veränderungen für die Leistungserbringer dargestellt.

⁹ Vollständige Stellungnahme abrufbar unter <http://www.kbv.de/html/14634.php>

2 Steuerung der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen

Die nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehene Förderung unterversorgter Gebiete durch eine Steuerung der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen bedeutet für den Arzt eine Verschärfung der bereits bestehenden Rechtslage.

2.1 Bisherige Regelungen

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz führte bereits zum 01.01.2012 die Grundlagen für eine Reduzierung der Vertragsarztsitze in unterversorgten Gebieten ein.

Danach kann der Zulassungsausschuss nach § 103 Abs. 3a SGB V auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben entscheiden, ob ein Nachbesetzungsverfahren für den Vertragsarztsitz durchgeführt werden soll, sofern die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Dies gilt nicht, sofern die Praxis von dem Ehegatten, Lebenspartner oder einem Kind des bisherigen Vertragsarztes oder von einem angestellten Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder von einem Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde, weiter fortgeführt werden soll. Hat der Zulassungsausschuss den Antrag abgelehnt, hat die Kassenärztliche Vereinigung den Vertragsarzt oder seinen zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswerts der Arztpraxis zu zahlen.

► **Praxistipp**

Der bisher bei dem Vertragsarzt angestellte Arzt und der mit dem Vertragsarzt bereits gemeinschaftlich tätige Vertragsarzt gehören nach der bisherigen Rechtslage zu den bevorrechtigten Bewerbern. Der beschränkt zugelassene Job-Sharer und der Vertragsarzt mit einer Teilzulassung sind nicht bevorrechtigte Bewerber.

Die bevorrechtigten Bewerber haben ein legitimes Interesse, wirtschaftlich existenzgefährdende Gefahren zu vermeiden. Sie besitzen folglich gegenüber nicht genehmen Bewerbern ein Vetorecht. Der privilegierte Status kann im Nachbesetzungsverfahren nicht überprüft werden.

Die Zulassungsausschüsse haben bislang von der Möglichkeit der Ablehnung aus Versorgungsgründen nur sehr zurückhaltend Gebrauch gemacht. Im Bereich der KV Nordrhein sollen nur zwei Anträge abgelehnt und Vertragsarztsitze gegen Entschädigung eingezogen bzw. stillgelegt worden sein. Die KV Bayern berichtet, dass Krankenkassenvertreter im Zulassungsausschuss häufiger für die Ablehnung eines Ausschreibungsantrags plädieren, die Vertreter der KV aber mit ihren Stimmen die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens durchsetzen.

2.2 Neuerungen nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VStG)

2.2.1 Abbau von Überversorgung

Zum Abbau von Überversorgung und zur Sicherstellung einer möglichst ausgewogenen und flächendeckenden Verteilung von Vertragsärzten hat der Zulassungsausschuss im Vorfeld eines Verfahren zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem Planungsbereich, in dem Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, über die Frage zu entscheiden, ob ein Nachbesetzungsverfahren überhaupt erfolgen soll. Dem Zulassungsausschuss wurde mit dem GKV-VStG¹⁰ die Möglichkeit

¹⁰ GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), Entwurf vom 29.12.2014, Br-DrS-641/14, LEXinform 0443008

eingräumt, Nachbesetzungsanträge abzulehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Von dieser Möglichkeit haben die Zulassungsausschüsse bislang kaum Gebrauch gemacht. Um zu erreichen, dass Vertragsarztsitze, die für eine bedarfsgerechte Versorgung nicht benötigt werden, konsequent abgebaut werden und damit auch mehr Ärzte für die Versorgung der Patienten in weniger gut versorgten Regionen zur Verfügung stehen, wird aus der bisherigen Kann-Regelung eine Soll-Regelung. Für die Zulassungsausschüsse bedeutet dies, dass sie nun im Regelfall einen Nachbesetzungsantrag abzulehnen haben, sofern nicht ein Fall der Privilegierung vorliegt.

In folgenden Fällen muss künftig mit einer Ablehnung des Nachbesetzungsantrags gerechnet werden:

- (Einzel-) Praxisabgabe an einen Nachfolger,
- Gesellschafterwechsel innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft,
- Rückumwandlung einer Anstellung in die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung,
- Teilung einer vorhandenen Zulassung.

Hingegen wird regelmäßig dem Antrag auf Nachbesetzung in folgenden „Privilegierungsfällen“ zu entsprechen sein:

- Weitergabe der Praxis an den Ehegatten, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes,
- Wenn der Bewerber ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde, vorausgesetzt die Anstellung bzw. gemeinsame Berufsausübung hat mindestens drei Jahre bestanden,
- Praxisverlegung in ein unterversorgtes Gebiet des gleichen Planungsbereichs,
- Fortführung der Praxis durch einen Arzt, der eine mindestens fünfjährige vertragsärztliche Tätigkeit in einem unterversorgten Gebiet ausgeübt hat.

Der Abbau von Überversorgung gilt grundsätzlich nur in einem Planungsbereich, in dem Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.

Nach dem Gesetzentwurf liegt der Fall einer Überversorgung vor, wenn ein Versorgungsgrad von mehr als 110 % besteht. Bundesweit sollen danach

- ca. 16.000 Fachärzte,
- ca. 3.500 Psychotherapeuten,
- ca. 750 Hausärzte von der Neuerung betroffen.

Das Risiko des Einzugs eines Vertragsarztsitzes würde deutlich verringert, wenn ein Versorgungsgrad, wie derzeit von verschiedenen Gesundheitspolitikern in den Beratungen ins Spiel gebracht, von 180 bis 200 % Überversorgung vorausgesetzt würde.

Laut den „Gesundheitsweisen“ kämen bei einem Versorgungsgrad von 200 % republikweit 1739 Praxen in Frage. Betroffen wären insbesondere Fachärzte, allen voran Schwerpunktinternisten, Chirurgen und Anästhesisten. Bei Hausarztpraxen gibt es hingegen keine 200 % Überversorgung. Bei einer Überversorgung von 110 % gerieten laut den „Gesundheitsweisen“ abweichend von obigen Zahlen 8.000 Sitze grundversorgender Fachärzte ins Visier, 6.000 Sitze spezialisierter Fachärzte und 2.000 Hausarztsitze.

① Hinweis

Bei Unterversorgung oder bei zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf ist nach § 116a SGB V neu nun ein Krankenhaus zwingend zur ambulanten Behandlung zuzulassen. Es gibt keinen Ermessensspielraum. § 75a SGB V öffnet die Versorgung durch das Krankenhaus für diejenigen Patienten, denen die künftige Terminservicestelle der KV (siehe später unter →*Kapitel 6.2*) kein Termin beim niedergelassenen Facharzt hat vermitteln können. Für die ambulanten Leistungen hat die Klinik ein Vergütungsanspruch nach EBM. Diese finanziert sich aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, also auf Kosten der Vertragsärzte. Die Konkurrenz für niedergelassene Ärzte wird damit noch schärfer.

2.2.2 Fälle der Versorgungsrelevanz

Aufgrund der Soll-Regelung haben die Zulassungsausschüsse dennoch die Möglichkeit, einem Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes auch in bedarfsplanungsrechtlich überversorgten Planungsbereichen zu entsprechen, wenn sie dies aus Versorgungsgründen für erforderlich halten. Versorgungsgründe für eine Nachbesetzung können, so die Begründung im Gesetzentwurf, beispielsweise dann anzunehmen sein, wenn ein besonderer lokaler oder qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf besteht oder ein Arztsitz einer speziellen Fachrichtung weiterhin benötigt wird. Weitere Versorgungsgründe sind denkbar. Dabei können auch Mitversorgungsaspekte, Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung oder der Erhalt des besonderen Versorgungsangebots eines Medizinischen Versorgungszentrums oder einer Berufsausübungsgemeinschaft eine Rolle spielen.

Die möglichen Gründe für eine Erforderlichkeit der Nachbesetzung sind somit:

- Das Vorliegen eines besonderen lokalen oder qualifikationsgebundenen Versorgungsbedarfs;
- weiterer Bedarf nach dem Arztsitz einer speziellen Fachrichtung;
- Aspekte der Mitversorgung;
- Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung;
- Erhalt eines besonderen Versorgungsangebots eines MVZ oder einer Berufsausübungsgemeinschaft.

Hingegen bedarf es eines Vertragsarztsitzes nicht mehr, wenn die Praxis keine relevante Rolle bei der Versorgung mehr spielt und in dem Planungsbereich ausreichend Ärzte gleicher Fachgruppen vorhanden sind. Eine Praxis ist nicht mehr versorgungsrelevant, wenn die Fallzahl („Scheine“ pro Quartal) unter denen der Vergleichsgruppe liegt. Die Versorgungsrelevanz wird von den Zulassungsausschüssen nicht einheitlich beurteilt. Manche Zulassungsausschüsse gehen von einer fehlenden Versorgungsrelevanz aus, wenn die Fallzahl der Praxis unter 25 % der Fallzahl des Durchschnitts der Fachgruppe liegt, andere

Zulassungsausschüsse sehen die Untergrenze bei 50 % der Fallzahl des Durchschnitts der Fachgruppe, wiederum andere bei 75 % der Fallzahl des Durchschnitts der Fachgruppe. Die absolute Untergrenze für eine mangelnde Versorgungsrelevanz dürfte bei 20 % der Fallzahl des Durchschnitts der Fachgruppe liegen. Nach der Rechtsprechung wird bei diesem Wert der mit der vertragsärztlichen Zulassung verbundene Versorgungsauftrag nicht mehr hinreichend erfüllt.

► **Praxistipp**

Dem Abgeber einer Praxis ist dringend davon abzuraten, vor der Abgabe die Fallzahlen abzusenken. Vielmehr sollte, soweit im zulässigen Maße möglich, die Praxis hochgefahren werden, um den Übernahmewert positiv zu beeinflussen.

Bei einem Antrag auf Nachbesetzung ist dem Praxisabgeber dringend zu raten, künftig in seinem Antrag auf die Versorgungsrelevanz seiner Praxis einzugehen und dies detailliert darzulegen. Es zählt die Einzelfallargumentation.

Ärzte sollten künftig rechtzeitig vor Praxisaufgabe den Bedarfsplan einsehen und den tatsächlichen Versorgungsgrad bei der eigenen Fachgruppe ermitteln. Vor Stellung des Antrags auf Nachbesetzung sollte bei dem zuständigen Zulassungsausschuss unter Nennung der Gründe für eine Versorgungsrelevanz der Praxis/Zulassung abgefragt werden, inwieweit die Ablehnung des Nachbesetzungsantrags droht. Von Vorteil ist es auch, den Praxisberater der KV einzubeziehen. Auch wenn diese Auskünfte rechtlich unverbindlich sind, helfen sie möglicherweise bei der Begründung der Versorgungsrelevanz.

Erklärt ein vor Ort ansässiger Vertragsarzt der gleichen Fachrichtung die Patienten des auf seine Zulassung verzichtenden Arztes nicht übernehmen zu können, sollte diese Erklärung dem Antrag auf Nachbesetzung beigelegt werden.

2.2.3 Fälle der Verlegung des Vertragsarztsitzes

Die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geschaffenen Ausnahme-Regelungen werden dahingehend ergänzt, dass zur Sicherstellung einer besseren Verteilung der Ärzte in einem Planungsbereich eine Ausnahme-Regelung für solche Ärzte geschaffen wird, die sich verpflichten, den zur Nachbesetzung anstehenden Vertragsarztsitz in ein schlechter versorgtes Gebiet desselben Planungsbereichs zu verlegen.

Hier besteht für die Kassenärztliche Vereinigung die Möglichkeit, den Zulassungsausschuss bei entsprechenden Erkenntnissen über einen solchen Versorgungsbedarf (z. B. aus der Tätigkeit ihrer Terminservicestelle) hierüber zu informieren. Denkbar sind, so in der Gesetzesbegründung, hier insbesondere Fälle in sehr großen Planungsbereichen, in denen der Versorgungsgrad zwar insgesamt über 110 % liegt, in denen aber beispielsweise erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Arztdichte zwischen einzelnen Teilregionen (z. B. einzelnen Stadtteilen) innerhalb des Planungsbereichs bestehen. Stellt sich allerdings im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens heraus, dass kein entsprechend geeigneter Bewerber zur Nachbesetzung zur Verfügung steht und damit das Ziel der neuen Ausnahme-Regelung nicht erfüllt wird, greift die Grundsatzregelung, dass keine Nachbesetzung erfolgen soll, soweit dies aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.

► **Praxistipp**

Die Verlegung des Vertragsarztsitzes etwa von einem in den anderen Stadtteil ist eine überlegenswerte Alternative. Auch hier sollte vorab bei der Geschäftsstelle des zuständigen Zulassungsausschusses und der KV abgefragt werden, ob ein entsprechender Versorgungsbedarf vorliegt.

2.2.4 Privilegierter Personenkreis

Die Möglichkeit des Zulassungsausschusses, einen Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes abzulehnen, ist nach dem geltenden Recht ausgeschlossen, wenn der Bewerber

- Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes ist,
- der Erwerber ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde.

Mit dieser Regelung wird einerseits dem familiären Interesse des Praxisinhabers an der Weitergabe der Praxis an seine Kinder, den Ehegatten oder den Lebenspartner Rechnung getragen. Andererseits soll verhindert werden, dass Ärzte, mit denen der ausscheidende Vertragsarzt zuvor gemeinsam tätig war, gezwungen werden, ggf. ihre vertragsärztliche Tätigkeit in der Praxis aufzugeben.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz bringt für künftige Nachbesetzungen eine erhebliche Verschärfung der aktuellen Rechtslage. Künftig muss der als Nachfolger bewerbende angestellte Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder der sich bewerbende Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde, mindestens drei Jahre in gemeinschaftlicher Zusammenarbeit mit dem bisherigen Vertragsarzt verbunden sein. Die Dreijahresfrist gilt, so die Gesetzesbegründung, aus Gründen des Vertrauensschutzes nicht für Anstellungsverhältnisse bzw. gemeinschaftliche Praxisbetriebe, die vor der ersten Lesung dieses Gesetzes im Deutschen Bundestag begründet wurden.

► **Praxistipp**

Die erste Lesung im Bundestag erfolgte am 05.03.2015. Damit fallen all jene Praxen, deren Mitgesellschafter oder Angestellter weniger als drei Jahre in gemeinschaftlicher Zusammenarbeit, möglicherweise auch erst kurz gemeinsam verbunden sind, nicht unter die Verschärfung.

Mit der Mindestfrist dreijähriger gemeinschaftlicher Zusammenarbeit soll verhindert werden, dass Vertragsärzte die Regelungen zum Abbau von Überversorgung durch ein nur kurzzeitiges Anstellungs- oder Job-Sharingverhältnis umgehen. Nach der bisherigen Regelung gelten bereits ein beschränkt zugelassener Job-Sharer oder ein Vertragsarzt mit einer Teilzulassung nicht zu den bevorrechtigten Bewerbern.

▶ **Praxistipp**

Künftig entfallen die bisherigen Umgehungsmöglichkeiten bei der Nachfolgeregulung. Auch ist eine Gestaltung in einem kurzfristigen Zeithorizont nicht mehr möglich. Im Hinblick auf die Mindestfrist dreijähriger gemeinschaftlicher Zusammenarbeit muss die Suche nach einem geeigneten Nachfolger mehr als drei Jahre vor dem geplanten Abgabestichtag einsetzen. Unter Beachtung des dreijährigen Übergabemodus sollten Praxisübergaben mit überschaubarem Risiko gestaltbar sein.

Mit dem Gesetz soll ein zusätzlicher Privilegierungstatbestand zur Förderung der Niederlassung in unterversorgten Gebieten eingeführt werden. Danach wird dem Zulassungsausschuss die Möglichkeit eingeräumt, einem Antrag auf Nachbesetzung stattzugeben, wenn die Praxis von einem Arzt fortgeführt werden soll, der nach Inkrafttreten des Gesetzes eine mindestens fünfjährige vertragsärztliche Tätigkeit in einem unterversorgten Gebiet ausgeübt hat.

▶ **Praxistipp**

Die Stattgabe eines solchen Nachbesetzungsantrags ist keine zwingende Folge. Dem Zulassungsausschuss ist ein Ermessen eingeräumt, das nur eingeschränkt der gerichtlichen Kontrolle unterliegt.

2.3 Nachbesetzungsverfahren

Endet die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung und soll die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden, entscheidet der Zulassungsausschuss auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben, ob ein Nachbesetzungsverfahren für den Vertragsarztsitz durchgeführt werden soll. Nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz soll der Zulassungsausschuss den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist und keiner der vorstehend behandelten Privilegierungstatbestände vorliegt. Lehnt der Zulassungsausschuss den Antrag ab, hat die Kassenärztliche Vereinigung eine Entschädigung zu zahlen.

2.3.1 Soll-Vorschrift

Der vorgesehene Übergang von der bisherigen Kann-Regelung in eine Soll-Regelung sorgt unter den Ärzten und deren Vertretern für erhebliche Verunsicherung. Wie die gesetzliche Änderung sich in der Praxis auswirken wird, ist derzeit nur schwer vorhersehbar.

Nach der bisherigen Kann-Regelung konnte der Zulassungsausschuss im Rahmen des ihm eingeräumten Ermessens frei entscheiden. Zu beachten war lediglich der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, wonach eine Ermessensentscheidung nicht außer Verhältnis zum Zweck der gesetzlichen Ermächtigung stehen darf. Die Ermessensentscheidung muss geeignet und erforderlich sein, um den Zweck zu erreichen, wobei das eingesetzte Mittel nicht außer Verhältnis zum bezweckten Erfolg stehen darf. Dabei ist die Ermessenausübung ausreichend zu begründen. Fehlt eine ausreichende Begründung, liegt ein Ermessensfehler vor.

Die nunmehr vorgesehene Soll-Regelung bedeutet für die Zulassungsausschüsse im Regelfall ein „Muss“ im Sinne eines gebundenen Verwaltungshandelns. Nur in Ausnahmefällen sind die Zulassungsausschüsse zu einer Ermessensentscheidung (Kann-Entscheidung) ermächtigt. Ein Ausnahmefall läge vor, wenn ein Sachverhalt nicht unter die Norm fällt.

Dies dürfte in der Praxis eher nicht der Fall sein. Ob ein atypischer, das Ermessen eröffnender Fall vorliegt, unterliegt in vollem Umfang der gerichtlichen Kontrolle.

Der Zulassungsausschuss hat nach der gesetzlichen Regelung die Enteignung stets auszusprechen, wenn die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Die Entscheidung bedarf keiner Begründung, es sei denn, es liegen Umstände vor, die den Fall als atypisch erscheinen lassen.

2.3.2 Versorgungsgründe

Der Zulassungsausschuss hat bei der Beurteilung der Frage der Versorgungsrelevanz einer Zulassung einen Beurteilungsspielraum. Dieser hängt ausschließlich von dem Tatbestandsmerkmal „aus Versorgungsgründen nicht erforderlich“ ab.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz definiert das Tatbestandsmerkmal „aus Versorgungsgründen nicht erforderlich“ nicht. Zur Begründung führt es lediglich Fälle der Versorgungsrelevanz, wie vorstehend unter →*Kapitel 2.2.2* ausgeführt, an.

Die Frage, wann die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, wird die Sozialgerichte künftig in verstärktem Maße beschäftigen. Zu beachten ist allerdings, dass die Erforderlichkeit der Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nur eingeschränkt der gerichtlichen Kontrolle unterliegt. Das Sozialgericht hat nur zu prüfen:

Wurde der Entscheidung des Zulassungsausschusses ein vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde gelegt?

- Wurden die Grenzen des Ermessens „Erforderlichkeit aus Versorgungsgründen“ beachtet?
- Wurden die Erwägungen des Zulassungsausschusses so deutlich dargestellt, dass der anzuwendende Beurteilungsmaßstab erkennbar und nachvollziehbar ist?

► **Praxistipp**

Zu begründen ist das Tatbestandsmerkmal „Erforderlichkeit aus Versorgungsgründen“. Hingegen ist das vom Zulassungsausschuss bei seiner Entscheidung ausgeübte Ermessen nicht nachprüfbar.

Bei seiner Entscheidung hat der Zulassungsausschuss den konkreten Versorgungsbeitrag der Praxis zu klären. Hierbei sind einzubeziehen:

- Fallzahlen der Praxis,
- Behandlungsstunden der Praxis,
- Erreichbarkeit der Praxis,
- etwaig vorhandenes besonderes Versorgungsangebot, welches ohne Nachbesetzung entfallen würde,
- Sicherstellung der Mitversorgung der Patienten durch andere Praxen.

Die Frage nach der Versorgungsrelevanz stellt sich nur, wenn eine fortführungsfähige Arztpraxis besteht. Maßgeblich für die Bejahung einer fortführungsfähigen Praxis ist, dass nicht nur Praxisräume, sondern auch behandlungswillige Patienten sowie Zuweiser für weitere Patienten in ausreichendem Maß zur Verfügung gestanden hätten. Hierbei handelt es sich um ein objektives Kriterium. Entscheidend ist allein der tatsächliche Bestand der Praxis als verwertbares Wirtschaftsgut. Ob der Vertragsarzt nicht mehr in der Lage gewesen war, rechtzeitig notwendige Vorkehrungen für eine Praxisübergabe nach dem Ende seiner Tätigkeit zu schaffen, ist ebenso unbeachtlich wie der Umstand, dass ein möglicher Bewerber bereit gewesen wäre, die Praxis fortzuführen.

▸ Praxistipp

Wird die vertragsärztliche Tätigkeit aufgrund einer Erkrankung des Vertragsarztes oder dessen Tod nicht mehr ausgeübt, sind die Praxisräume und Sachmittel aber noch vorhanden, ist es eine Frage des Einzelfalls, ob die Fortführungsfähigkeit der Praxis noch bejaht werden kann. Entscheidend ist, ob im konkreten Einzelfall noch ein Praxissubstrat vorhanden ist. Einen allgemeinen Erfahrungssatz, ab wann von einer nicht mehr fortführungsfähigen Praxis gesprochen werden kann, gibt es nicht. Es ist durchaus möglich, dass in einem Zeitraum von unter einem Jahr der Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit sich das Praxissubstrat verflüchtigt hat und die Fortführungsfähigkeit der Praxis verneint werden muss.

2.3.3 Verfahrensablauf

Der Zulassungsausschuss ist mit jeweils drei Vertretern der Ärzteschaft und drei Vertretern der Krankenkassen besetzt. Er beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit, wobei bei Stimmengleichheit ein Antrag auf Nachbesetzung als angenommen gilt. Will der Zulassungsausschuss einen Nachbesetzungsantrag ablehnen, muss mindestens ein Mitglied der Ärzteschaft mit den Krankenkassen stimmen.

Bei Ablehnung des Antrags auf Nachbesetzung und Einziehung der Zulassung bleibt dem bisherigen Praxisinhaber oder seinen zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben nur die Wahl, beim zuständigen Sozialgericht Klage einzureichen. Diese hat keine aufschiebende Wirkung. Ebenso kann die KV gegen die ablehnende Entscheidung des Zulassungsausschusses klagen.

2.4 Entschädigung

Die Grundlage für die Einziehung von Zulassungen wurde, wie bereits vorstehend ausgeführt, durch das Versorgungsstrukturgesetz geschaffen. Von dem Recht zur Einziehung von Zulassungen wurde allerdings im Hinblick auf die Kann-Vorschrift kaum Gebrauch gemacht. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ändert sich die Situation. Die Zulassungsgremien sind aufgrund der nunmehrigen Soll-Regelung stärker angehalten, Zulassungen einzuziehen.

Damit wird die Frage nach der Berechnung der Entschädigung aktuell. In dem Gesetz heißt es lediglich, dass bei Ablehnung des Antrags auf Nachbesetzung die Kassenärztliche Vereinigung dem Vertragsarzt oder seinen zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswerts der Arztpraxis zu zahlen hat. Das Gesetz lässt offen, wie die Entschädigung zu ermitteln ist. Auch eine bislang fehlende höchstrichterliche Rechtsprechung schafft keine Rechtssicherheit. Offen sind insbesondere folgende Fragen:

- Berechnungsmethode,
- Entschädigung für die gesamte Praxis oder nur für den GKV-Praxisteil,
- Einbeziehung von Sachanlagevermögen.

2.4.1 Berechnungsmethoden

In der Literatur, teilweise auch von Kassenärztlichen Vereinigungen, wird die Auffassung vertreten, dass bei der Ermittlung der Entschädigung die von der Bundesärztekammer 1985 entwickelte und 2008 angepasste Bewertungsmethode (kurz: Bundesärztekammermethode) zu verwenden ist. Mit dieser Methode kann relativ einfach ein den Marktgegebenheiten entsprechendes Ergebnis gefunden werden. Bei ihr wird die Praxisausstattung nach dem Verkehrswert (Wiederbeschaffungspreise) bewertet und der ideelle Wert nach den in der Vergangenheit erzielten Umsätzen unter Abzug eines Unternehmerlohns für die in der Praxis tätigen Ärzte und nach objektiven (örtliche Lage, Praxisstruktur, Arztdichte, Konkurrenz, Mietvertragssituation, Organisations- und Rationalisierungsgrad)

und subjektiven Parametern ermittelt. Hingegen fehlen Elemente einer deutlichen Zukunftsprognose sowie Bewertungsvorgaben zur Fortführungsfähigkeit der Praxis.

Zulassungsausschüsse haben in der Vergangenheit teilweise auch die Auffassung vertreten, aus Vereinfachungsgründen sei das Zweifache des Quartalumsatzes als Entschädigung anzusetzen.

Das Bundessozialgericht sieht zur Ermittlung des Verkehrswerts einer Praxis in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs die modifizierte Ertragswertmethode als grundsätzlich geeignet an. Dieses Verfahren ist flexibel und bildet vergleichsweise exakt Unsicherheiten der Leistungserbringung ab. Hier wird der volle Zukunftsertragswert mit begrenztem Abzinsungszeitraum unter Berücksichtigung der Fortführungsmöglichkeiten der Praxis und der Marktpreise vergleichbarer Praxen am Praxissitz ermittelt.

► **Praxistipp**

Bei dem „Aufkauf einer Zulassung“ durch die Kassenärztliche Vereinigung spielt die Zukunftsprognose eine eher geringe Bedeutung.

Allgemein ist in der Regel das Ertragswertverfahren für den Vertragsarzt am günstigsten, für die Kassenärztlichen Vereinigungen die Ärztekammermethode.

Im Grundsatz dürfte jedenfalls feststehen, dass der Gewinn der Praxis abzüglich des Unternehmerlohns den Ausgang bildet und über einen zu bestimmenden Zeitraum in abgezinste Forderung kumuliert werden muss.

2.4.2 Gegenstand der Entschädigung

Die gesetzliche Regelung lässt offen, worauf sich die Entschädigung beziehen soll. Bildlich gesprochen wird aufgrund nicht mehr gegebener Versorgungsrelevanz eine öffentlich-rechtliche Zulassung eingezogen. Nach dem Grundsatz, dass eine Überversorgung durch das Auflösen bzw. Nichtnachbesetzen von Kassensitzen gelöst werden kann, könnte fraglich sein, ob tatsächlich in Vermögenswerte eingegriffen wird, zumal steuerrechtlich der mit der Vertragsarztzulassung verbundene wirtschaftliche Vorteil kein selbstständiges immaterielles Wirtschaftsgut des Anlagevermögens darstellt und nur unselbstständiger Bestandteil des Praxiswerts ist. Der Grundsatz wird allerdings durch bestehende Nachfolgeregelungen durchbrochen.

Es stellt sich die weitere Frage, ob sich die Entschädigung, so der Sachverständigenrat, allein auf den Wert des vertragsärztlichen Praxisteils beschränkt. Für eine restriktive Auslegung könnte sprechen, dass der Arzt nach dem Verlust der Zulassung Privatpatienten behandeln bzw. den privaten Praxisteil einem Nachfolger übertragen könnte. Andererseits kann nicht übersehen werden, dass in einer Vielzahl von Praxen der vertragsärztliche Praxisteil überwiegt, der auf Privatpatienten entfallende Praxisteil wirtschaftlich von weniger Gewicht ist, mit dem Zwangsaufkauf der GKV-Praxis die private Praxis faktisch mit stillgelegt wird und sich diese damit letztlich als unverkäuflich erweist. Dem ist angesichts der enteignungsgleichen Situation Rechnung zu tragen.

Soweit in § 103 SGB V von der „Praxis“ die Rede ist, kann sich dies nur auf die GKV-Praxis beziehen. Wenn Praxen auch über einen privaten Praxisteil verfügen, wird dieser mangels einer Regelungsermächtigung zunächst nicht berührt. Dieser kann, wenn wirtschaftlich von Gewicht, fortgeführt oder frei verkauft werden. Allerdings wird mit dem Zwangseinzug des Vertragsarztsitzes auch der auf Privatpatienten entfallende Praxisteil entwertet. Dieser Folgeschaden kann im Rahmen der Bewertung der Entschädigung nicht unberücksichtigt bleiben. Dies gilt insbesondere dann, wenn der auf Privatpatienten entfallende Praxisteil wirtschaftlich von weniger Gewicht ist und sich damit letztlich als unverwertbar erweist.

Die Entschädigung für den Zwangseinzug des Vertragsarztsitzes beschränkt sich nicht auf den immateriellen Wert, insbesondere in Form des Patientenstamms. Auch das materielle Praxisvermögen in Form von Inventar, Geräten, etc. ist als Folge des enteignungsgleichen Eingriffs in Form des Zwangseinzugs zu entschädigen. Dies ergibt sich schon allein daraus, dass nur eine fortführungsfähige Praxis versorgungsrelevant ist. Zur Fortführungsfähigkeit gehören eben auch Praxisräume, Inventar, Geräte, etc.

► **Praxistipp**

Soweit materielles Praxisvermögen dem Abgeber verbleibt und dieses noch einen Wert hat, fließt dieses nicht in die Berechnung der Entschädigung ein.

Auch eine etwaige Belastung des Abgebers durch zum Zeitpunkt des Zwangseinzugs des Vertragsarztsitzes bestehende längerfristige Verträge (z. B. der Mietvertrag läuft noch 10 Jahre; die Medizinische Fachangestellte (MFA) war 25 Jahre in der Praxis tätig mit der Folge einer siebenmonatigen Kündigungsfrist)) ist auszugleichen, wenn der Abgeber bei Übernahme der Verträge durch einen Praxisübernehmer entlastet worden wäre.

► **Praxistipp**

Über die übliche Laufzeit hinausgehende Verträge dürften hingegen nicht erstattungsfähig sein. Auch ist der Abgeber im Rahmen seiner Schadensminderungspflicht gehalten, etwa bei den Praxisräumen zu versuchen, dass diese anderweitig vermietet werden oder er vorzeitig aus dem Vertrag entlassen wird.

2.4.3 Steuerliche Qualifikation der Entschädigung

Der Zwangseinzug des Vertragsarztsitzes führt, sofern die Praxis nicht als Privatpraxis weitergeführt werden kann, zur Aufgabe des Praxisbetriebs. Die Praxisaufgabe hat erhebliche steuerliche Auswirkungen. Es gilt zu beachten, ob der Arzt evtl. steuerliche Begünstigungen in Anspruch nehmen kann.

Eine Praxisaufgabe im Sinne der steuerrechtlichen Betriebsaufgabe liegt vor, wenn der Arzt seine ärztliche Tätigkeit einstellt und alle wesentlichen Grundlagen der Praxis in einem einheitlichen Vorgang innerhalb kurzer Zeit entweder veräußert oder in sein Privatvermögen überführt, mit der Folge, dass die Praxis als „selbstständiger Organismus des Wirtschaftslebens“ zu bestehen aufhört. Die Praxisaufgabe erfordert eine eindeutige zielgerichtete Handlung des Arztes als Steuerpflichtigem, die darauf schließen lässt, dass er seine Praxis künftig nicht mehr weiterführen und auch sonst nicht mehr freiberuflich als Arzt tätig werden wird.

Aus welchem Grund die Praxisaufgabe erfolgt, ist unseres Erachtens für die Beurteilung der steuerrechtlichen Folgen einer Praxisaufgabe ohne Belang.

Bei der Praxisaufgabe muss der Arzt neben dem laufenden Gewinn auch den Aufgabegewinn versteuern. Letzterer entsteht dadurch, dass die Wirtschaftsgüter der Praxis aufgrund steuerlicher Abschreibungen mit einem geringeren Wert als dem Verkehrswert angesetzt sind. Zu dem Aufgabegewinn gehört auch die von der Kassenärztlichen Vereinigung für den Verlust des Vertragsarztsitzes zu zahlende Entschädigung.

Hat der Arzt das 55. Lebensjahr vollendet, wird der Aufgabegewinn auf Antrag zur Einkommensteuer nur herangezogen, soweit er 45.000 Euro übersteigt. Er ermäßigt sich um den Betrag, um den der Aufgabegewinn 136.000 Euro übersteigt (§ 16 Abs. 4 EStG).

▸ Praxistipp

Der Aufgabegewinn wird immer zum laufenden Jahresgewinn addiert. Durch geschickte zeitliche Steuerung des Nachbesetzungsantrages dergestalt, dass der Zwangseinzug zu Beginn eines Steuerjahres fällt, lassen sich Steuern einsparen.

2.5 Kritik an der vorgesehenen Regelung

Die Bundesärztekammer lehnt in ihrer Stellungnahme vom 07.11.2014 die vorgesehenen Zulassungsbeschränkungen in dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung komplett ab. Die vorgesehenen Regelungen zum Zwangseinzug von Vertragsarztsitzen könnten weder den Ärztemangel in strukturschwachen Regionen kompensieren noch den ärztlichen Nachwuchs zur Niederlassung motivieren. Zudem bleibe das räumliche Inanspruchnahmeverhalten der Patienten unberücksichtigt. Studien belegten, dass Ärzte in städtischen Mittel- und Oberzentren oft in bedeutendem Maße Patienten aus den umliegenden Landkreisen mitversorgten. Diese betreffe insbesondere die fachärztliche Versorgung. Nach dem Gesundheitsreport 2014 des hessischen Ministeriums für Soziales und Integration und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen stammten beispielsweise in Darmstadt über die Hälfte der Facharztpatienten (58,2 %) aus der Umgebung. In Frankfurt erbrächten Fachärzte fast ein Drittel (31,8 %) ihrer Leistungen für Patienten aus dem Umland. Ähnliche Ergebnisse lieferten Untersuchungen für andere Regionen. Wenn Arztsitze wegen rechnerischer Überversorgung zwangsweise abgebaut würden, gefährde dies die Mitversorgung von Berufspendlern und mobilen Bürgern aus ländlichen Regionen. Unter der Annahme, dass jede Praxis drei Mitarbeiter beschäftige, könnten so bis zu 30.000 Arbeitsplätze in den kommenden zehn Jahren verloren gehen.

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Gassen, hält die Aufkaufregelung bei Arztpraxen in überversorgten Gebieten für verfehlt. Nach Gassen müsse zunächst über

eine neue Definition von Versorgungsbedarf gesprochen werden. Die Richtwerte aus dem Jahr 1999 entsprächen angesichts der medizinischen Entwicklung mit der Ambulantisierung sowie der veränderten Morbidität nicht mehr der Versorgungswirklichkeit. Mit dem Versorgungstärkungsgesetz erfolgte eine ideologisch begründete Schwächung freiberuflicher Strukturen und eine Förderung und Bevorzugung von teils staatlichen Institutionen. Die Soll-Vorschrift zum Zwangsaufkauf von Praxissitzen gelte ausschließlich bei freiberuflichen Ärzten, nicht jedoch bei MVZ-Sitzen. Das stehe im Widerspruch zur Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und den Regelungen zur Wartezeitenverkürzung. Es könnten bei Beibehaltung der gesetzlichen Vorgaben zum Abbau von Überversorgung in den kommenden zehn Jahren bis zu 50.000 Arztsitze verloren gehen. Diese Zahlen liegen weit über denen der „Gesundheitsweisen“ (siehe oben →*Kapitel 2.2.1*). Hinreichend belastbare Zahlen existieren nicht. Jede Seite argumentiert mit ihren eigenen Zahlen.

Einen Verbesserungsvorschlag hat die KBV in ihrer Stellungnahme vom 19.03.2015 nicht abgegeben. Sie lehnt die Neuregelung ausdrücklich ab.

2.6 Fazit

Den Zulassungsausschüssen wurde bereits ab 2012 mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz die Möglichkeit eingeräumt, Nachbesetzungsanträge abzulehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Von dieser Möglichkeit machten die Zulassungsausschüsse angesichts der Streitfragen Versorgungsrelevanz und Entschädigung kaum Gebrauch.

Mit der Einführung der Soll-Regelung sind die Zulassungsausschüsse nunmehr de facto gezwungen, in jedem Einzelfall die Frage der Versorgungsrelevanz zu prüfen und die zugrundeliegenden Überlegungen zu begründen. Ungeachtet der „Muss-Regelung“ verbleibt bei der Konkretisierung der Versorgungsrelevanz ein erheblicher Entscheidungsspielraum.

Es mag sein, dass die Soll-Regelung Lücken in die Versorgung reißt. Der Selbstverwaltung der Ärzte ist allerdings der Vorwurf zu machen, es auf Jahre als paritätische Partner in den Bedarfsplanungsausschüssen auf Länderebenen versäumt zu haben, keine ausreichenden Anstrengungen unternommen zu haben, um eine strukturierte haus- und fachärztliche Versorgung mit einer rationalen Patientensteuerung zu schaffen und auf eine verlässliche und konzentrierte Morbiditätsmessung zu drängen.

Ob es letztlich zu einem verstärkten Zwangseinzug von Arztpraxen kommt, bleibt abzuwarten. Letztlich wird der Bundesgerichtshof die mit dem Zwangsaufkauf verbundenen Streitfragen zu klären haben.

► **Praxistipp**

Für ältere Ärzte war in überversorgten Gebieten bislang der Verkauf von Praxen/Arztsitzen fester Bestandteil für die Altersvorsorge. Die bei einem Zwangsaufkauf der GKV-Praxis zu zahlende Entschädigung kann zu einem finanziellen Verlust gegenüber dem freien Verkauf führen. Auch dies ist bei der Vorsorge einzuplanen.

3

Neuerungen für das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ)

Im Gegenzug bietet das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz neue Wege bei der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Wege eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), wie auch das MVZ verstärkt bei der Übernahme von Praxen in Frage kommen kann.

3.1 Bisherige gesetzliche Vorgaben

Der Gesetzgeber wollte mit den Medizinischen Versorgungszentren eine ärztliche Versorgung aus einer Hand ermöglichen. Er bestimmte deshalb, dass ein MVZ fachübergreifend tätig sein muss. Nach § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist eine Einrichtung dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 SGB V angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 SGB V angehören. Sind in einer Einrichtung ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend.

► Praxistipp

Die Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen knüpfen an die Vorgaben der Musterweiterbildungsordnung an. Die Bedarfsplanungsrichtlinien nehmen teilweise eine restriktivere Zuordnung vor, indem verwandte Fachgebiete zusammengefasst werden.

3.2 Neuerungen

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sollen künftig die Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung flexibler gestaltet werden, um eine flächendeckende ambulante Versorgung zu gewährleisten. Hierzu gehören im Bereich der Medizinischen Versorgungszentren, dass zukünftig arztgruppengleiche MVZ zugelassen werden, den Kommunen die Gründung von MVZ erleichtert wird. Auch sollen sich MVZ ohne konkreten Bewerber im Nachbesetzungsverfahren bewerben dürfen.

3.2.1 Arztgruppengleiche MVZ

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz streicht das bisherige Tatbestandsmerkmal „fachübergreifend“. Damit können arztgruppengleiche MVZ gegründet werden. Zukünftig sind also auch reine hausarzt- oder spezialisierte facharztgruppengleiche MVZ ebenso möglich wie zukünftig reine Zahnarzt-MVZ sowie MVZ, in denen ausschließlich Psychotherapeuten oder Ärzte tätig sind, die der psychotherapeutischen Arztgruppe angehören. Bei rein psychotherapeutischen Versorgungszentren kann nunmehr auch ein psychologischer Psychotherapeut ärztlicher Leiter sein, soweit kein psychotherapeutisch tätiger Arzt beschäftigt wird. Entsprechendes gilt für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Mit dieser Maßnahme entfällt das bisherige Alleinstellungsmerkmal des MVZ. Die Grenze zu den fachgruppengleichen Berufsausübungsgemeinschaften schwindet.

3.2.2 Erleichterung bei der Gründung von MVZ durch Kommunen

Nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wird es Kommunen ermöglicht, künftig leichter MVZ zu gründen, um so aktiv die Versorgung in der Region zu beeinflussen und zu verbessern. Die Gründung eines MVZ in der privatrechtlichen Gesellschaftsform der GmbH bereitet den Kommunen in der Praxis Schwierigkeiten, da an die beizubringende Bürgerschaftserklärung nach Landesrecht unterschiedliche und zum Teil hohe Anforderungen gestellt werden. Auch die anderen Rechtsformen, in denen MVZ nach der bisherigen Gesetzeslage betrieben werden können

(Personengesellschaften und eingetragene Genossenschaften) eignen sich nur bedingt für Kommunen. Deshalb bestimmt das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das den Kommunen die Gründung eines MVZ nicht nur in der Rechtsform des privaten Rechts, sondern auch in der öffentlich-rechtlichen Rechtsform des Eigenbetriebs und des Regiebetriebs ermöglicht wird.

Soweit Kommunen eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten nach § 105 Abs. 5 SGB V betreiben, bedürfen sie abweichend von der bisherigen gesetzlichen Regelung nicht mehr der Zustimmung seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die für die Gründung von MVZ im Übrigen geltenden Vorschriften finden hingegen weiterhin uneingeschränkt Anwendung. So ist die Gründung eines MVZ durch eine Kommune z. B. nur nach Maßgabe der jeweiligen Bedarfsplanung möglich. Unberührt bleibt auch die Nachrangklausel, wonach Kommunen im Verfahren zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes gegenüber den übrigen ärztlichen Bewerbern nachrangig zu berücksichtigen sind.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sieht in der Gesetzesänderung eine Verletzung des Subsidiaritätsgrundsatzes, da Kommunen künftig ohne Zustimmung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Versorgungseinrichtungen betreiben können und so in die vertragsärztliche Versorgung eingreifen. Den privatrechtlichen Akteuren der vertragsärztlichen Versorgung entsteht hierdurch eine Konkurrenz.

Die Gründung von MVZ durch Kommunen kann ein Ansatz zur Lösung der Unterversorgung in der Region sein. Die Voraussetzungen sind:

- Fachübergreifende oder fachgruppengleiche Tätigkeit,
- Einrichtung in der Rechtsform des privaten Rechts oder in der öffentlich-rechtlichen Rechtsform des Eigenbetriebs bzw. des Regiebetriebs,
- ärztlicher Leiter (im MVZ angestellt),
- angestellte Ärzte,
- Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaft, soweit das MVZ in der Rechtsform des privaten Rechts betrieben wird,

- Bedarf nach der Bedarfsplanung.

Bei der Gründung von MVZ durch Kommunen sind zwei Varianten möglich:

- Es gibt in dem Planungsbereich freie Zulassungen, die vom MVZ übernommen werden.
- Übernahme der Zulassungen ehemals niedergelassener Vertragsärzte.

► **Praxistipp**

In schlecht versorgten Gebieten können Kommunen aktiv die Versorgung in der Region beeinflussen und ortsansässige Praxen übernehmen, sofern der Praxisinhaber keinen Nachfolger findet. Der Praxisinhaber sollte zusammen mit den Kommunen nach der Lösung für das gemeinsame Problem der künftigen Sicherstellung der Versorgung suchen.

Es ist nicht zu übersehen, dass der Gesetzgeber mit den Erleichterungen bei der Gründung kommunaler MVZ und der gleichzeitigen Öffnung der Hochschulambulanzen verstärkt staatliche Versorgungsstrukturen zu Lasten selbstständiger Niederlassungen bevorzugt.

Derzeit ist das sog. „Büsumer Modell“ im Gespräch. Hier stellt die Gemeinde „Gemeindepraxen“ zur Verfügung, in denen mehrere Haus- und/oder Fachärzte ihre Patienten behandeln und sich Geräte, Funktionsräume und Personal teilen. Denkbar sind zwei Modelle:

- **Modell 1:** Die Ärzte betreiben in dem von der Kommune zur Verfügung gestellten Gebäude ihre Praxen selbst, ähnlich einer Praxisgemeinschaft.
- **Modell 2:** Die Ärzte werden in den kommunalen MVZ unter Einbringung ihrer vormaligen Praxen als angestellte Ärzte tätig. Die mit der Kommune abzuschließenden sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisse bedürfen der Genehmigung der Zulassungsgremien.

3.2.3 Übertragung von Anstellungsgenehmigungen

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ändert § 24 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte dahingehend, dass künftig Anstellungsgenehmigungen von einem MVZ auf ein anderes MVZ desselben Trägers möglich sein sollen, wie dies bei den Vertragsärzten bereits der Fall ist. In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu, dass MVZ bei Zulassung und Betrieb nicht gegenüber Vertragsärzten benachteiligt werden dürfen. MVZ und Vertragsärzte müssen gleiche Gestaltungsmöglichkeiten haben. Daher wird die Verlegung einer Anstellungsgenehmigung von einem MVZ in ein anderes MVZ (in gleicher Trägerschaft oder bei Identität der Gesellschafter) geregelt. Eine solche Übertragung der Anstellungsgenehmigung ist analog der Sitzverlegung bei der Zulassung zulässig. Danach ist die Verlegung nur dann zulässig, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

3.2.4 Bewerbung um einen Vertragsarztsitz ohne konkreten Bewerber

Nach derzeitiger Rechtslage ist die Bewerbung auf eine ausgeschriebene Zulassung personengebunden. Der Zulassungsausschuss prüft die Eignung und Qualifikation des bewerbenden Arztes im Vergleich zu Mitbewerbern.

Nach § 103 Abs. 4 Satz 5 SGB V hat der Zulassungsausschuss bei der Auswahl der Bewerber bislang folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- Die berufliche Eignung,
- das Approbationsalter,
- die Dauer der ärztlichen Tätigkeit,
- eine mindestens fünf Jahre dauernde vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem das Bestehen von Unterversorgung festgestellt ist,
- ob der Bewerber Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes ist,

- ob der Bewerber ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde,
- ob der Bewerber bereit ist, besondere Versorgungsbedürfnisse, die in der Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung definiert worden sind, zu erfüllen.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ändert die bisherigen Auswahlkriterien zugunsten von MVZ ab. Diesen soll künftig ermöglicht werden, sich auch ohne konkrete Bewerber um einen Vertragsarztsitz bewerben zu können. In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu:

Für ein MVZ sollen diese bisherigen Auswahlkriterien nicht gelten, sofern das MVZ mit der Bewerbung ein besonderes Versorgungsangebot bietet. In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu: Bewerben sich MVZ auf eine ausgeschriebene Zulassung, können sie dies bisher nur, wenn sie im Nachbesetzungsverfahren bereits einen Arzt vorweisen können, weil im Rahmen der vom Zulassungsausschuss zu treffenden Auswahlentscheidung nur personenbezogene Kriterien berücksichtigt werden. In der Realität ist es häufig der Fall, dass MVZ erst dann einen Arzt akquirieren, wenn sie tatsächlich auch eine Zulassung bzw. Anstellungsgenehmigung haben. Daher soll der Zulassungsausschuss bei der Nachbesetzung von Zulassungen, auf die sich ein MVZ bewirbt, auch berücksichtigen können, inwieweit durch die Erteilung der Zulassung das besondere Versorgungsspektrum des MVZ zugunsten der Patientenversorgung verbessert wird. Dies kann insbesondere dann der Fall sein, wenn mit der neuen Zulassung ein besonderes Versorgungskonzept des MVZ ermöglicht oder ergänzt wird. MVZ erfüllen als eigenständige Leistungserbringer einen wichtigen Beitrag zur Versorgung der Versicherten. Insbesondere soweit das MVZ ein fachübergreifendes ärztliches Leistungsspektrum anbietet, steht dabei die „Versorgung unter einem Dach“ als Leistungserbringungsziel beim MVZ im Vordergrund. Um diesem Versorgungsziel Rechnung zu tragen, bedarf es einer Regelung, die es dem MVZ ermöglicht, sich mit seinem besonderen Versorgungskonzept auf einen ausgeschriebenen Vertragsarztsitz zu bewerben. Im Nachbesetzungsverfahren kann daher auch das besondere Versorgungsangebot eines MVZ geprüft werden.

Nach der Gesetzesbegründung könnte man meinen, dass neben den bisherigen persönlichen Auswahlkriterien der Aspekt eines besonderen Versorgungsangebots zusätzlich zu berücksichtigen sei. Die KV versteht die neue Regelung hingegen so, dass MVZ das Recht eingeräumt wird, sich auch ohne konkreten Bewerber auf offene Versorgungssitze zu bewerben. Eine Auswahl des am besten geeigneten Bewerbers findet dann zugunsten der MVZ nicht mehr statt.

► **Praxistipp**

Mit der neuen Regelung werden MVZ gegenüber Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften bevorzugt. Während Letztere einen geeigneten Bewerber vorhalten müssen, sind die MVZ unter der Vorgabe eines besonderen Versorgungsangebots hiervon befreit. Die Ungleichbehandlung dürfte mit dem Grundsatz der Gleichbehandlung schwerlich zu vereinbaren sein.

3.2.5 Gestaltungsmöglichkeiten

MVZ haben sich seit ihrer Einführung 2004 als Versorgungsform auf dem Gesundheitsmarkt etabliert. Ende 2013 gab es rund 2.000 MVZ, wobei etwa 40 % in Krankenhausträgerschaft standen. Etwa 60 % der MVZ werden in der Rechtsform der GmbH betrieben. Daneben dominiert die Gesellschaft bürgerlichen Rechts als weitere Rechtsform.

Das bisherige Tatbestandsmerkmal der fachübergreifenden Versorgung war ein Gründungshindernis. Dieses wird durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz aufgehoben. Künftig dürfen auch arztgruppengleiche MVZ gegründet werden. So können sich etwa zwei Haus-, Fach- oder Zahnärzte oder Psychotherapeuten für die Rechtsform des MVZ entscheiden. Die derzeit bestehenden mehr als 20.000 Berufsausübungsgemeinschaften haben somit die Option, ob sie weiter als Berufsausübungsgemeinschaft oder als MVZ tätig werden wollen. Entscheiden sie sich für das MVZ, ist die GmbH als Rechtsform möglich. Der Wechsel

zu einem MVZ ist oftmals nur eine Formalität, ohne dass an den Partnerschaftsverhältnissen etwas geändert werden müsste. Das MVZ sollte auch unter dem Blickwinkel steuerlicher Vorteile eine Option bei der Vertragsgestaltung sein.

► **Praxistipp**

Ein Medizinisches Versorgungszentrum ist seit 2009 umsatzsteuerlich einer Klinik gleichgestellt. Als Zentren für ärztliche Heilbehandlung profitieren auch MVZ von der Umsatzsteuerbefreiung für eng verbundene Umsätze (§ 4 Nr. 14b, bb UStG), Gemeinschaftspraxen jedoch nicht. Bei eng verbundenen Umsätzen handelt es sich um Einnahmen aus Leistungen, die neben den üblichen Behandlungsleistungen einer Klinik/MVZ nach der Verkehrsauffassung typisch und unerlässlich sind, regelmäßig und allgemein beim laufenden Betrieb vorkommen und damit unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen. Unter die eng verbundenen Umsätze fallen auch die Überlassung von Einrichtungen, die damit verbundene Gestellung von medizinischem Hilfspersonal an angestellte Ärzte für deren selbstständige Tätigkeit oder an niedergelassene Ärzte zur Mitbenutzung oder die Gestellung von Ärzten und medizinischem Hilfspersonal an andere Kliniken oder Ärztezentren.

Der einem MVZ zugutekommende steuerliche Gestaltungsspielraum ist nicht zu unterschätzen. Vor einer Umwandlung sollte allerdings eine umfassende Beratung stehen.

Insbesondere für Zahnärzte dürfte ein MVZ in der Rechtsform einer GmbH interessant sein. Dem Vertragszahnarzt ist es gemäß Bundesmantelvertrag-Zahnärzte nur gestattet, an seinem Vertragsarztsitz zwei in Vollzeit bzw. bis zu vier in Teilzeit tätige Zahnärzte anzustellen. Eine derartige Beschränkung gibt es für das MVZ nicht. Das Zahnärzte-MVZ

kann in unbegrenzter Anzahl künftig Zahnärzte anstellen, weitere Praxen im Wege des Praxiskaufs integrieren und überörtliche Zusammenschlüsse bilden bzw. solche zur zahnärztlichen Praxis-GmbH zusammenführen.

► **Praxistipp**

Die Änderungen für den Bereich von MVZ eröffnen erhebliche Gestaltungsspielräume, welche es zu nutzen gilt. Es ist zu erwarten, dass neben MVZ-Neugründungen auch Berufsausübungsgemeinschaften umgewandelt werden. Ob die Option der Rechtsform einer GmbH gewählt wird, bleibt abzuwarten.

3.2.6 Verlegung der Tätigkeit angestellter Ärzte

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz fügt § 24 Abs. 7 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte den Satz an: „Entsprechendes gilt für die Verlegung einer genehmigten Anstellung.“ Mit der Ergänzung soll, so die Gesetzesbegründung, sichergestellt werden, dass MVZ bei Zulassung im Betrieb nicht gegenüber Vertragsärzten benachteiligt sind. Daher wird die Verlegung einer Anstellungsgenehmigung von einem MVZ in ein anderes MVZ (in gleicher Trägerschaft) geregelt. Eine solche Übertragung der Anstellungsgenehmigung ist künftig analog der Sitzverlegung bei der Zulassung möglich, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

► **Praxistipp**

Die Ergänzung gilt auch für Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften. Insbesondere innerhalb von überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften bedeutet dies eine organisatorische Erleichterung.

3.2.7 Abrechnungsprüfung

Rechneten bislang angestellte Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren im Quartal mehr als 520 Stunden ab, konnte dies eine Plausibilitätsprüfung auslösen. Demgegenüber lag der Grenzwert für Ärzte bei 780 Stunden im Quartal.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hebt diese Ungleichbehandlung künftig auf. In § 106a Abs. 2 GKV-VStG wird nunmehr klargelegt, dass z. B. in Vollzeit tätige angestellte Ärzte und niedergelassene Vertragsärzte mit voller Zulassung entsprechend des Umfangs des jeweiligen Versorgungsauftrags bei den Zeitprofilen im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen gleich zu behandeln sind. In diesem Zusammenhang sind auch die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbarten Richtlinien sowie ggf. darauf basierende Verfahrensordnungen von Kassenärztlichen Vereinigungen anzupassen.

4

Neuerungen im Rahmen des Job-Sharings

4.1 Bisherige Regelungen

Um den Bedürfnissen vieler Ärzte nach individueller Festlegung ihres Arbeitseinsatzes nachzukommen und zusätzliche Beschäftigungschancen für Ärzte zu schaffen, ohne damit die Gefahr einer Leistungsausweitung auszulösen, hat der Gesetzgeber mit Wirkung zum 01.07.1997 das Rechtsinstitut des sog. Job-Sharings geschaffen (§ 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Die Möglichkeit des Job-Sharings besteht in gleicher Weise für zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Psychotherapeuten sowie für Vertragszahnärzte.

4.1.1 Zulassungs- und vertragsarztrechtliche Vorgaben

Die Details zur Zulassung einer Job-Sharing-Berufsausübungsgemeinschaft regelt die Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte. Es sind vier Zulassungsvoraussetzungen zu erfüllen:

- Der Job-Sharing-Partner erfüllt in seiner Person die Zulassungsvoraussetzungen nach der Zulassungsverordnung;
- Abschluss und Vorlage eines Gemeinschaftspraxisvertrags, der die Voraussetzungen der Genehmigungsfähigkeit gemäß § 33 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV erfüllt;
- antragstellender Arzt und bereits niedergelassener Vertragsarzt gehören derselben Arztgruppe an (Fachgebietsidentität);
- beide Partner erklären sich gegenüber dem Zulassungsausschuss schriftlich bereit, während des Bestands der Berufsausübungsgemeinschaft den zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Praxisumfang nicht wesentlich zu überschreiten und erkennen dazu die vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung an.

① Hinweis

Die Festschreibung des Abrechnungsvolumens betrifft die gesamte Berufsausübungsgemeinschaft. Dies erklärt, weshalb das Job-Sharing in der Praxis nur von untergeordneter Bedeutung ist. Hieran ändert auch das der Job-Sharing-Berufsausübungsgemeinschaft zugestandene 3 %ige jährliche Wachstum des Honoraranteils des Job-Sharing-Partners nichts.

Die Aufnahme mehrerer Job-Sharing-Partner in einer Berufsausübungsgemeinschaft ist ausgeschlossen.

4.1.2 Rechtsfolgen der beschränkten Zulassung

Der Job-Sharing-Partner erhält nach § 101 Abs. 3 Satz 1 SGB V eine auf die Dauer der gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung. Endet die Vollzulassung, teilt die Job-Sharing-Zulassung dieses Schicksal. Erst wenn die gemeinsame vertragsärztliche Tätigkeit zehn Jahre bestanden hat, wandelt sich die beschränkte Zulassung in eine Vollzulassung um. Gleiches gilt für eine zeitlich davor eintretende Entsperrung im Planungsbereich.

Im Nachbesetzungsverfahren ist bei der Auswahl der Bewerber die gemeinschaftliche Praxisausübung nach dem Job-Sharing-Modell mit dem die Nachbesetzung betreibenden Arzt nach mindestens fünfjähriger gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit zu berücksichtigen (§ 101 Abs. 3 Satz 4 SGB V).

▶ Praxistipp

Mit dieser Regelung soll vermieden werden, dass durch eine kurzfristige Scheinaufnahme eines Partners in eine Gemeinschaftspraxis die Chancen der anderen Bewerber um die Praxisnachfolge ungerechtfertigt geschmälert würden.

4.2 Neuerungen nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz belässt es bei der allgemeinen Vorgabe, wonach Ärzte in überversorgten Planungsbereichen ein Job-Sharing-Verhältnis eingehen bzw. einen anderen Arzt anstellen können, wenn sie sich zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten, indem sie den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreiten.

① Hinweis

Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft in der Bedarfsplanungs-Richtlinie konkretisierende Regelungen.

Der Gesetzgeber sieht allerdings Anpassungsbedarf in den Fällen, in denen der bisherige Praxisumfang unterdurchschnittlich ist, da in diesen Fällen der Praxisumfang trotz einer nunmehr gemeinsamen Tätigkeit nur geringfügig gestaltet werden kann. Um in diesen Fällen nach Eingehen eines Job-Sharing-Verhältnisses (§ 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) oder nach Anstellung eines weiteren Arztes (§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V) der Praxis die Möglichkeit zu geben, den Praxisumfang auf den Durchschnittsumsatz der Arztgruppe zu steigern, muss der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu Regelungen treffen. Der Gesetzgeber trägt damit der Rechtsprechung des BSG¹¹ Rechnung, wonach unterdurchschnittliche Arztpraxen außerhalb der Aufbauphase für einen begrenzten Zeitraum nicht von jeder Wachstumsmöglichkeit ausgeschlossen werden dürfen.

► Praxistipp

Auch bei fehlender Leistungsbegrenzung gelten die Zeitprofile nach § 106a SGB V.

Die Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung finden auf Zahnärzte keine Anwendung. Dies stellt das Gesetz ausdrücklich klar.

¹¹ BSG, Urteil vom 28.01.2009, B 6 KA 5/08 R, NZS 2010, 63, LEXinform 1555466

5 Neuerungen bei der Beschäftigung von angestellten Ärzten

Derzeit werden angestellte Ärzte gegenüber Vertragsärzten in mehrfacher Weise benachteiligt. Das GKV-Versorgungstärkungsgesetz beseitigt einen Teil dieser Ungleichbehandlungen, sodass eine weitgehende Gleichstellung erreicht wird.

5.1 Derzeitige Regelungen

Der Vertragsarzt kann in seiner Praxis mit Genehmigung des Zulassungsausschusses in das Arztregister eingetragene Ärzte gemäß § 95 Abs. 9 SGB V unter folgenden Voraussetzungen anstellen:

- Antrag des Vertragsarztes an den Zulassungsausschuss nach Maßgabe der Voraussetzungen des § 32b Ärzte-ZV;
- Fachidentität des anstellenden Vertragsarztes und des anzustellenden Arztes im Falle des Bestehens von Zulassungsbeschränkungen;
- Verpflichtungserklärung des anstellenden Vertragsarztes gemäß § 58 Abs. 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie;
- Vorlage des schriftlichen Arbeitsvertrags unter Angabe der Arbeitszeiten und des Anstellungsortes.

Für den anzustellenden Arzt gelten im Falle des Bestehens von Zulassungsbeschränkungen die Regelungen nach § 41 der Bedarfsplanungs-Richtlinie entsprechend. Führt der Vertragsarzt mehrere Bezeichnungen, genügt eine übereinstimmende Facharztkompetenz. Soll ein Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft angestellt werden, genügt die Übereinstimmung mit der Facharztkompetenz eines der der Berufsausübungsgemeinschaft angehörenden Vertragsärzte.

① Hinweis

Das Verbot der arztgruppenübergreifenden Anstellung von Ärzten, die nur auf Überweisung tätig werden oder überweisungsgebundene Leistungen durchführen, wurde mit dem Bundesmantelvertrag in der Fassung vom 01.10.2013 aufgehoben. Somit können sich Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin künftig in Praxen anstellen lassen, die ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können. Hierdurch werden Arztpraxen in Bezug auf die arztgruppenübergreifende Anstellung mit Medizinischen Versorgungszentren gleichgestellt. Bestehen allerdings Zulassungsbeschränkungen, verbleibt es nach wie vor bei der Vorgabe der Fachidentität.

Für die Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens gelten die Regelungen bei gemeinsamer Berufsausübung durch mehrere Vertragsärzte bei Bestehen von Zulassungsbeschränkungen entsprechend. Danach legt der Zulassungsausschuss im Rahmen der Anstellungsgenehmigung zur vertragsärztlichen Versorgung in einer verbindlichen Feststellung den Praxisumfang auf der Grundlage der gegenüber dem Vertragsarzt (den Vertragsärzten) in den vorausgegangenen mindestens vier Quartalen ergangenen Abrechnungsbescheiden quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumina fest, welche bei der Abrechnung der ärztlichen Leistungen für den Vertragsarzt und dem von ihm angestellten Arzt als Leistungsbeschränkung maßgeblich sind. Die Gesamtpunktzahlvolumina sind so festzulegen, dass die in einem entsprechenden Vorjahresquartal gegenüber dem erstzugelassenen Vertragsarzt anerkannten Punktzahlanforderungen um nicht mehr als 3 % überschritten werden. Das Überschreitungsvolumen wird jeweils auf den Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals bezogen.

► Praxistipp

Der Umfang der Leistungsbeschränkung wird unabhängig von dem Beschäftigungsumfang des angestellten Arztes bestimmt.

Eine vom Zulassungsausschuss festgestellte Leistungsbeschränkung bleibt wirksam, wenn der Arzt nach Ablauf der Beschäftigung eines angestellten Arztes erneut einen Arzt anstellt.

Neben den für den Bereich der MVZ bereits behandelten Neuerungen zur Verlegung der Tätigkeit angestellter Ärzte (vorstehend →*Kapitel 3.2.6*) und Abrechnungsprüfung (vorstehend →*Kapitel 3.2.7*) sind nachfolgende Änderungen zu nennen:

5.2 Neue Regelungen bei Ausfall des angestellten Arztes

Nach derzeitiger Regelung kann gemäß § 32 Ärzte-ZV nur für den Vertragsarzt selbst ein Vertreter bestellt werden. Fällt hingegen der angestellte Arzt etwa wegen Krankheit, Urlaub, Entbindung, Weiterbildung, Erziehungszeiten oder Pflegezeiten aus, ist es nicht möglich, für die Ausfallzeiten einen Vertreter zu bestellen. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz schließt diese Lücke. Danach sollen die Vertretungsregelungen nach § 32b Ärzte-ZV entsprechend Anwendung für angestellte Ärzte finden. Aufgrund festgestellter unterschiedlicher Auslegungen in der Praxis bedarf es nach dem Gesetzentwurf einer Klarstellung, dass auch die Regelungen zur Vertretung für angestellte Ärzte gelten. Darüber hinaus werden die Vertretungsgründe an die Rechtslage für Vertragsärzte im Falle des Todes angepasst. Der Bundesmantelvertrag-Ärzte regelt, dass im Falle des Todes eines Vertragsarztes die Praxis durch einen Vertreter für längstens sechs Monate fortgeführt werden kann (sog. Witwenquartal). Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz soll nunmehr eine dem Bundesmantelvertrag-Ärzte entsprechende Regelung für die genehmigte Arztstelle eingeführt werden. Darüber hinaus sieht der Entwurf weitere Vertretungsgründe vor, die nur bei angestellten Ärzten in Betracht kommen.

Dies gilt insbesondere für die Freistellung des Arbeitnehmers aus arbeitsvertraglichen Gründen. Eine Vertretung soll zudem insbesondere auch bei der Beendigung des Arbeitsverhältnisses durch Kündigung oder bei Beendigung aus anderen Gründen, wie beispielsweise durch Aufhebungsvertrag, möglich sein. Schließlich werden die Vertretungsgründe im Zusammenhang mit gesetzlichen Ansprüchen auf Freistellung, wie z. B. Schwanger- und Mutterschaft sowie Eltern- und Pflegezeit, ergänzt.

► **Praxistipp**

Die Vertretungsregelungen finden auch für angestellte Zahnärzte Anwendung. Somit kann künftig ein Vertreter für einen angestellten Zahnarzt aus den gleichen Gründen bestellt werden wie für den Vertragszahnarzt, wie etwa bei Krankheit, Urlaub, Entbindung, Weiterbildung, Erziehungszeiten oder Pflegezeiten. Ebenso kann im Falle einer Kündigung oder Freistellung des angestellten Zahnarztes für die Dauer von sechs Monaten ein Vertreter bestellt werden. In der Begründung des Entwurfes wird hingegen nicht der Fall des Todes des angestellten Zahnarztes geregelt. Jedoch sollte es auch hier möglich sein, für die Dauer von sechs Monaten einen Vertreter zu bestellen.

5.3 Ruhen der Arztstelle

Im Sinne gleicher Rahmenbedingungen für Vertragsärzte und MVZ stellt das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz klar, dass die Vorschriften zum Ruhen einer Zulassung für die Anstellungsgenehmigung entsprechend gelten.

5.4 Anpassung der Gebührenregelungen

Um mehr Ärzte für eine Niederlassung in unterversorgten Gebieten zu gewinnen, bestimmt das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das der Zulassungsausschuss für die Erteilung von Zulassungen in Gebieten, für die eine Unterversorgungsfeststellung getroffen ist, keine Gebühren erheben darf. Zudem wird dem Zulassungsausschuss die Möglichkeit eingeräumt, auch für Verfahren und Anträge für Tätigkeiten in nicht unterversorgten Gebieten auf die Erhebung von Gebühren zu verzichten oder diese zu reduzieren, wenn dies aus Versorgungsgründen angezeigt ist. Hiermit sollen beispielsweise Anreize gesetzt werden, sich in Regionen niederzulassen, die zwar noch nicht unterversorgt sind, in denen aber gleichwohl Versorgungsbedarf besteht. Schließlich wird dem Zulassungsausschuss die Möglichkeit eingeräumt, in Fällen, in denen ehemalige Vertragsärzte sich erneut zulassen wollen, die Gebühr zu reduzieren, wenn die Zulassung des Arztes aus Versorgungsgründen angezeigt ist. Schließlich regelt das Gesetz, dass bei der wiederholten Besetzung genehmigter Arztstellen nur 50 % der Gebühren zu erheben sind. Begründet wird dies damit, dass der Prüfungsumfang bei der Zulassung eines Vertragsarztes im Nachbesetzungsverfahren wesentlich umfangreicher als bei der Genehmigung einer Anstellung ist. Mit der Gebührenreduktion sollen kooperative Versorgungsformen, die insbesondere für junge Ärzte attraktiv sind, gefördert werden. Zudem soll die Höhe der Gebühren nicht dazu führen, dass Anstellungen wegen des möglichen Ausscheidens aus der Praxis, etwa bei Erziehungszeiten, nicht erfolgen.

► **Praxistipp**

Diese Regelung gilt entsprechend für Zahnärzte.

5.5 Förderung von Weiterbildungsassistenten für den Beruf des Hausarztes

Damit sich mehr junge Ärzte für den Beruf des Hausarztes entscheiden, bedarf es, so der Gesetzentwurf, einer stärkeren und verlässlicheren Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Hierzu werden die bisher in dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz enthaltenen Regelungen in einen neuen § 75a SGB V überführt und weiterentwickelt. Nach der neuen Regelung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen ausdrücklich verpflichtet, die Weiterbildung in der allgemeinen Medizin in den Praxen zugelassener Ärzte sowie zugelassener Medizinischer Versorgungszentren finanziell zu fördern. Der Förderbetrag ist so zu bemessen, dass damit eine der tarifvertraglichen Vergütung im Krankenhaus entsprechende Vergütung erzielt werden kann. Die Weiterbildungsstelle hat ebenfalls einen Beitrag zu leisten. Deren Aufstockungsverpflichtung soll dabei nur eine geringe Beteiligung der Weiterbildungsstelle an der Vergütung darstellen. Insgesamt muss der Förderbeitrag der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen so bemessen sein, dass dieser annähernd der Summe entspricht, die erforderlich ist, um eine Vergütung entsprechend der tarifvertraglichen Vergütung im Krankenhaus zu erreichen. Die Fördersumme ist so zu bemessen, dass der Aufstockungsbetrag durch die Weiterbildungsstelle gering ist und keine negativen Auswirkungen auf die Weiterbildungsbereitschaft der Hausärzte hat.

① Hinweis

Die Weiterbildungsstelle (Vertragsarzt) hat den von den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen erhaltenen Förderbetrag an den Weiterzubildenden in voller Höhe ausbezahlen. Geschieht dies nicht, drohen dem Vertragsarzt berufsrechtliche und vertragsärztliche Sanktionen, zivilrechtliche Schadensersatzansprüche und eine Strafverfolgung.

Um die Weiterbildungsbereitschaft der Hausärzte zusätzlich zu fördern, bestimmt das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das den Weiterbildungsstellen die Ausweitung des bisherigen Praxisumfangs durch eine entsprechende Regelung in § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV erlaubt wird. Danach hat in den Fällen der Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung in der allgemeinen Medizin die Kassenärztliche Vereinigung im Verteilungsmaßstab nach § 87b SGB V festzulegen, in welchem Umfang abweichend von dem Grundsatz der Beschränkung des Praxisumfangs eine Vergrößerung der Kassenpraxis zulässig ist. Bei der Festlegung hat die Kassenärztliche Vereinigung insbesondere den von der Praxis selbst zu zahlenden Anhebungsbetrag zu berücksichtigen.

▸ **Praxistipp**

Mit der Lockerung des grundsätzlich für die Anstellung von Ärzten geltenden Verbots der Leistungsausweitung für die Anstellung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin werden die aus der Anhebungsverpflichtung resultierenden finanziellen Lasten der Weiterbildungsstelle refinanziert.

5.6 Sinnvolle Ergänzung

Die Regelungen zu den angestellten Ärzten beseitigen die bisherigen Ungleichbehandlungen. Damit wird den Praxiserfordernissen Rechnung getragen. Vertragsärzte und MVZ erhalten damit eine zusätzliche Flexibilität.

6

Anpassungen im Praxisablauf

6.1 Recht auf Zweitmeinung

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz begründet in dem neugeschaffenen § 27b SGB V den Rechtsanspruch des Versicherten, sich vor sog. mengenanfälligen planbaren Eingriffen eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zur medizinischen Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit des vorgesehenen Eingriffs einzuholen. Im Rahmen dieses Wahlrechts kann der Versicherte zwischen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen sowie nach den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Krankenhäusern wählen. Jedoch darf die Zweitmeinung nicht von demselben Arzt oder von derselben Einrichtung oder von demselben Krankenhaus eingeholt werden, bei dem (der) der Eingriff durchgeführt werden soll. Der Anspruch auf Zweitmeinung kann sowohl bei Eingriffen gegeben sein, die in der ambulanten Versorgung durchgeführt werden als auch bei solchen, die in der stationären Versorgung oder in beiden Versorgungsbereichen durchgeführt werden.

① Hinweis

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz bestimmt nicht, welche Eingriffe erfasst werden. Deren Festlegung obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss in dessen Richtlinien.

Im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung dürfte es keinen Zweitmeinungsanspruch geben, da hier planbare, mengenanfällige Eingriffe fast nicht existieren. Der Gesetzgeber hat allerdings den zahnärztlichen Bereich nicht ausgeklammert, sodass der Gemeinsame Bundesausschuss auch hier entsprechende Eingriffe festlegen kann.

Nach dem Gesetz kann grundsätzlich jeder zugelassene oder ermächtigte Arzt, jedes zugelassene Medizinische Versorgungszentrum sowie jedes zugelassene Krankenhaus konsultiert werden. Jedoch ist der Gemeinsame Bundesausschuss ermächtigt worden, bis längstens 31.12.2015 Anforderungen an die Leistungserbringer zu stellen. Solange eine entsprechende Regelung fehlt, sind grundsätzlich alle Ärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt, die Zweitmeinung zu erbringen.

▶ **Praxistipp**

Es darf weder der gleiche Arzt noch die gleiche Einrichtung noch das gleiche Krankenhaus die Leistung erbringen. Ärzte einer Berufsausübungsgemeinschaft und in Praxisgemeinschaften sind ebenfalls nicht Dritte im Sinne des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes und somit von der Leistung einer Zweitmeinung ausgeschlossen.

Der erstbehandelnde Arzt, der die Indikation für einen Eingriff stellt, muss den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote geeigneter Leistungserbringer hinweisen. Die Aufklärung muss mündlich erfolgen. Ergänzend kann auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Versicherte in Textform erhält. Der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die Aufklärung in der Regel mindestens zehn Tage vor dem Eingriff erfolgt. In jedem Fall hat die Aufklärung so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann.

▶ **Praxistipp**

Der erstbehandelnde Arzt sollte die Aufklärung in der Patientenakte aus Beweissicherungsgründen dokumentieren.

Der Erbringer einer Zweitmeinung kann zulässigerweise seine Untersuchungs- und Beratungsleistung gegenüber den Krankenkassen in Rechnung stellen.

6.2 Vertragsarzt und Terminservicestelle

6.2.1 Patient und Terminservicestelle

Laut den Auswertungen der KV soll der Auslastungsgrad des Punktezahlvolumens in fast allen Fachgruppen über 120 % liegen. Dies erkläre die Wartezeiten auf Arzttermine. Wartezeiten würden in erster Linie für präventive Untersuchungen, weniger für aktuell erforderliche Behandlungen anfallen. Die Öffentlichkeit nimmt dies allerdings anders wahr. Nach den Worten des Bundesgesundheitsministers sind Wartezeiten nicht das größte Problem der Bürger aber auch nicht zu klein. Es bestehe deshalb ein Handlungsbedarf.

Nach dem neugeschaffenen Abs. 1a zu § 75 SGB V umfasst der Sicherstellungsauftrag in der vertragsärztlichen Versorgung auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Hierzu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen binnen sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes Terminservicestellen einzurichten. Die Terminservicestelle hat Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer zu vermitteln. Einer Überweisung bedarf es nicht, wenn ein Behandlungstermin bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt zu vermitteln ist. Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle innerhalb der Frist keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten.

▸ **Praxistipp**

Die Verpflichtung der Terminservicestelle gilt nicht grenzenlos. Verschiebbare Routineuntersuchungen sowie Fälle von Bagatellerkrankungen und vergleichbarer Fälle geben keinen Anspruch auf ambulante Behandlung im Krankenhaus, sofern nicht innerhalb der nächsten vier Wochen ein Termin beim Facharzt vermittelt werden kann. In diesen Fällen kann ein Facharzttermin in angemessener Zukunft vermittelt werden.

Mit der Inanspruchnahme der Terminservicestelle verzichtet der Patient auf sein Recht der freien Arztwahl. Er ist nicht verpflichtet, die Terminservicestelle in Anspruch zu nehmen. Zentral durch KVen gesteuerte Terminvermittlungen führen entgegen der Befürchtung der KBV faktisch nicht zur Abschaffung der freien Arztwahl.

Sie schaffen allerdings eine, wenn auch nicht patientenfeindliche zusätzliche Bürokratie. Nach der Berechnung des Bundesgesundheitsministeriums werden die Kosten für den Aufbau der Terminservicestellen auf 13 bis 20 Millionen Euro veranschlagt. Für den dauerhaften Betrieb fallen geschätzt jährliche Kosten von 16,5 bis 20 Millionen Euro an. Diese Mittel müssen aus dem Verwaltungsetats der KVen und damit letztlich aus der ärztlichen Gesamtvergütung aufgebracht werden.

Die KBV schlägt in ihrer Stellungnahme vom 19.03.2015 die Einführung eines elektronisch gestützten Wartezeitmanagements im Rahmen der Terminvermittlung vor. Hierzu könnte die bei der KBV entwickelte IT- und Telematik-Infrastruktur genutzt werden.

6.2.2 Terminservicestelle und Praxisablauf

Der vorliegende Referentenentwurf verpflichtet den Vertragsarzt nicht zur Teilnahme an der Terminservicestelle. Insbesondere ist der Vertragsarzt nicht verpflichtet, für die Terminservicestelle ein besonderes Kontingent an Terminen vorzuhalten. Der Arzt kann weiterhin frei über seine Termine verfügen und diese vergeben.

► **Praxistipp**

Derzeit sehen die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen keine Sanktionen für den Fall vor, dass ein Vertragsarzt der Terminservicestelle keine Termine anbietet. Der Vertragsarzt genügt seiner allgemeinen Pflicht zur Mitwirkung an der vertragsärztlichen Versorgung, wenn er entsprechend des Versorgungsauftrags gesetzlich versicherte Patienten behandelt.

Patienten der Terminservicestelle werden wie sonstige Patienten des Vertragsarztes behandelt, die erbrachten Leistungen entsprechend honoriert.

► **Praxistipp**

Patienten der Terminservicestelle werden auch dann nicht extra budgetär vergütet, wenn der Vertragsarzt die durchschnittliche Fallzahl seiner Arztgruppe überschreitet.

6.3 Delegation ärztlicher Leistungen

Nach § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. der Anlage 24 Bundesmantelvertrag-Ärzte gehört zur ärztlichen Behandlung auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm verantwortet ist (sog. delegierte Leistungen).

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sieht vor, dass die delegierten Leistungen künftig im Rahmen des zu überarbeitenden einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) abgerechnet werden können. Die künftig verstärkte Möglichkeit der Substitution ärztlicher Leistungen und deren Abrechnung weicht das Prinzip des Arztvorbehalts auf.

▸ **Praxistipp**

Delegierte Leistungen können von allen Arztgruppen, gleich ob diese in einem übertersorgten oder unterversorgten Gebiet liegen, abgerechnet werden.

6.4 Einhaltung der Versorgungsaufträge

Nach § 95 Abs. 3 SGB V bewirkt die Zulassung eines Vertragsarztes, dass dieser zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang des sich aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrags nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet ist. Entsprechendes gilt für die Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren. Zur Unterstützung des mit der Errichtung einer Terminservicestelle verfolgten Ziels einer Reduzierung der Wartezeiten für Patienten stellt der Gesetzentwurf zusätzlich klar, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere anhand der ihnen vorliegenden Leistungsdaten zu prüfen haben, ob Vertragsärzte und MVZ den sich aus ihrer Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag erfüllen. Die Regelung gilt entsprechend für angestellte Ärzte. Bei Verstößen gegen vertragsärztliche Pflichten kommt eine Verhängung der in den Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen geregelten Sanktionsmaßnahmen in Betracht.

① Hinweis

Der Bundesmantelvertrag-Ärzte regelt den zeitlichen Umfang. Danach soll der Vertragsarzt bei einem vollen Versorgungsauftrag mindestens 20 Stunden pro Woche, bei hälftigem Versorgungsauftrag mindestens 10 Stunden pro Woche für Sprechstunden zur Verfügung stehen.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beendet auch die bisherige Ungleichbehandlung von Vertragsärzten und angestellten Ärzten im Rahmen der Abrechnungsprüfungen. Rechneten angestellte Ärzte insbesondere in Medizinischen Versorgungszentren mehr als 520 Stunden im Quartal ab, konnte dies eine Abrechnungsprüfung auslösen. Nunmehr liegt die durch den Bundesmantelvertrag-Ärzte vorgegebene Grenze für alle Ärzte bei 780 Stunden/Quartal.

6.5 Praxissoftware

Ab dem 01.08.2016 darf der Vertragsarzt für die Verordnung von Heilmitteln nur noch eine von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassene Praxissoftware verwenden.

► Praxistipp

Ziel der Regelung ist es, künftig Regresse gegenüber Heilmittelernbringern aufgrund falsch ausgestellter Rezepte zu vermeiden.

7 Neuerungen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

Der Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes strukturiert die Wirtschaftlichkeitsprüfungen in den §§ 106 bis 106c SGB V neu. Für die Prüfung ärztlicher Leistungen bleibt es im Wesentlichen bei den bisherigen gesetzlichen Rahmenbestimmungen. Bedeutende Änderungen gibt es aber bei der Prüfung veranlasster Leistungen, also verordneter Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Hier ist die auffälligste Änderung die Abschaffung der Richtgrößen und Richtgrößenprüfungen, die auf den Zielvereinbarungen nach § 84 SGB V aufsetzen.

7.1 Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen, wie dies bisher bereits der Fall ist, die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren Inhalt und Durchführung der Beratungen und Prüfungen sowie die Voraussetzungen für Einzelfallprüfungen.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Versorgung wird von der Prüfungsstelle geprüft durch

- arztbezogene Prüfungen ärztlicher Leistungen nach § 106a SGB V,
- arztbezogene Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b SGB V.

Die Prüfungen werden auf der Grundlage der Daten durchgeführt, die der Prüfungsstelle übermittelt werden. Hat diese Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlagen für die Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch.

► **Praxistipp**

Im Interesse des Vertragsarztes liegt es, bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung dafür Sorge zu tragen, dass der Prüfungsstelle umfassende Daten vorliegen.

Die Prüfungsstelle entscheidet unter Beachtung der Vereinbarungen zu den §§ 106a und 106b SGB V, ob der Vertragsarzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. Eine Maßnahme kann insbesondere auch die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung sein.

► **Praxistipp**

§ 106 SGB V schreibt den Grundsatz Beratung vor Regress fest. Danach sollen gezielte Beratungen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen.

Werden Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend der für ihre Durchführung geltenden Vorgaben durchgeführt, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassenverbände und Kassenärztlichen Vereinigungen für eine ordnungsgemäße Umsetzung.

① **Hinweis**

Die Haftung der Vorstandsmitglieder der Krankenkassenverbände und Kassenärztlichen Vereinigungen für eine ordnungsgemäße Umsetzung – hierzu gehört auch die Beschaffung der erforderlichen Daten nach den §§ 296 und 297 SGB V – führt zu einer Verschärfung bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

7.2 Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen

Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch die arztbezogene Prüfung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 % der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung). Die Höhe der Stichprobe ist nach Arztgruppen gesondert zu bestimmen. Die Zufälligkeitsprüfung umfasst neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen, Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste ärztliche Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen.

► Praxistipp

Zufälligkeitsprüfungen beziehen sich künftig nicht mehr auf Krankenhauseinweisungen und ärztlich verordnete Leistungen. Allerdings steht es den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen frei, künftig auf Landesebene zu vereinbaren, dass auch ärztlich verordnete Leistungen der Zufälligkeitsprüfung unterliegen.

Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in den Zufälligkeitsprüfungen ist, soweit dafür Veranlassung besteht,

- die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation),
- die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität),
- die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,

- die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel,
- bei Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie auch die Vereinbarkeit der Leistungen mit dem Heil- und Kostenplan.

► **Praxistipp**

Für den Vertragsarzt ist es dringend geboten, eine ausführliche Dokumentation zu betreiben.

Um auszuschließen, dass angestellte Ärzte, insbesondere in Medizinischen Versorgungszentren, bei den Plausibilitätsprüfungen pauschal benachteiligt werden, wird klargestellt, dass z. B. in Vollzeit tätige angestellte Ärzte und niedergelassene Vertragsärzte mit voller Zulassung entsprechend des Umfangs des jeweiligen Versorgungsauftrags bei den Zeitprofilen im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen gleich zu behandeln sind.

7.3 Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen wird ab dem 01.01.2017 anhand von Vereinbarungen geprüft, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu treffen sind. Auf Grundlage dieser Vereinbarungen können Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise nach § 106 Abs. 3 SGB V festgelegt werden.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren einheitliche Rahmenvorgaben für die Prüfungen. Die Vereinbarungspartner legen zudem besondere Verordnungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln fest, die bei den Prüfungen anzuerkennen sind. Darüber hinaus können weitere anzuerkennende besondere Verordnungsbedarfe vereinbart werden.

Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen unterliegen nicht:

- Verordnungen der nach § 32 Abs. 1a Satz 1 SGB V genehmigten Heilmittel für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf;
- Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V beigetreten ist;

① **Hinweis**

Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz werden die bundesweiten Vereinbarungen, so auch die bundesweiten Richtgrößenvolumina ab dem 01.01.2017 aufgehoben. Die Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen soll künftig auf der Landesebene erfolgen. Wie diese aussieht, ist derzeit noch völlig offen. Können sich die Vertragspartner auf Landesebene nicht bis 31.12.2016 auf eine neue Regelung einigen, gelten die bisherigen Regelungen weiter.

Mit dem Übergang der Regelungskompetenz auf die regionalen Prüfungsebenen entfällt weder die Richtgrößenprüfung noch wird die Wirtschaftlichkeitsprüfung abgeschafft.

Nach derzeitiger Rechtslage wird ein vom Vertragsarzt zu erstattender Mehraufwand nicht festgesetzt, soweit die Prüfungsstelle mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart hat, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet (§ 106 Abs. 5d SGB V). Eine derartige Regelung findet sich in dem Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes nicht mehr. Es bleibt abzuwarten, ob die Möglichkeit der individuellen Richtgrößenvereinbarung Eingang in die Rahmenvorgaben der Bundesvertragsebene findet.

7.3.1 Bisherige Rechtslage

Für Vertragsärzte, welche bislang keinen bestandskräftigen Richtgrößenregress erhalten haben, gilt der Grundsatz „Beratung vor Regress“. Dies hat das Bundessozialgericht zuletzt mit Urteil vom 22.10.2014¹² bestätigt.

Nach § 106 SGB V alte Fassung ist im Rahmen der Richtgrößenprüfung (künftig Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen) wie folgt zu verfahren:

- Die Prüfstelle muss in erforderlichen Fällen die Praxen beraten, und zwar über die von den Praxen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten verordneten oder veranlassten Leistungen.
- Soweit Praxen bei ihren Richtgrößen 15 % überschreiten, aber noch keine 25 % Überschreitung erreicht haben, findet eine Beratung statt.
- Praxen, welche erstmalig ihre Richtgröße um mehr als 25 % überschritten haben, erhalten ebenfalls eine Beratung.
- Sind Praxen wiederholt auffällig geworden, darf der Regressbetrag nicht höher als 25.000 Euro betragen.

► **Praxistipp**

Das Prinzip „Beratung vor Regress“ gilt nicht bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der vertrags(zahn)ärztlichen Leistungsabrechnung.

¹² BSG, Urteil vom 22.10.2014, B 6 KA 8/14 R, LEXinform 1594510 und B 6 KA 3/14 R, LEXinform 1594509

7.3.2 Regionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Ab 01.01.2017 ist die bisherige Richtgrößenprüfung, eine Einigung auf Bundesebene vorausgesetzt, nicht mehr als Regelprüfmethode vorgeschrieben. Die Regelungskompetenz geht auf die regionalen Prüfebene über. Hieraus zu schließen, die Wirtschaftlichkeitsprüfung werde insgesamt abgeschafft, ist verfehlt. Es ist nicht zu erwarten, dass die regionalen Prüfebene sich geschlossen über das System der Wirtschaftlichkeitsprüfung verständigen werden. Die Folge können 17 verschiedene Systeme der Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Verordnungen sein. Zur Rechtssicherheit bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen trägt das nicht bei.

7.4 Prüfungen bei Zahnärzten

Die Prüfungen zahnärztlicher Leistungen erfolgen derzeit entsprechend den Prüfvereinbarungen auf KZV-Ebene überwiegend im Wege der Durchschnittsmethode. Es werden insbesondere KCH-Abrechnungsziffern und Fallwerte geprüft. Leistungen, welche in festen Zeiträumen nicht prüfbar sind, wie die Individualprophylaxe bei Kindern, Leistungen im Bereich der Parodontologie, kieferorthopädische Leistungen und Zahnersatzleistungen unterliegen einer Einzelfallprüfung.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz bestimmt künftig in § 106a Abs. 2 Nr. 5 SGB V, dass Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Zufälligkeitsprüfungen, soweit dafür Veranlassung besteht, bei Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie auch die Vereinbarkeit der Leistungen mit dem Heil- und Kostenplan ist. Es ist vorauszusehen, dass die Einzelfallprüfungen in den Leistungsarten Zahnersatz und Kieferorthopädie zukünftig erheblich zunehmen.

Auch im Bereich der Zahnärzte erfolgt ab 01.01.2017 eine Regionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Den Vertragspartnern ist aufgegeben, Rahmenvorgaben auf der Bundesebene zu vereinbaren und Vereinbarungen auf der Gesamtvertrags-KZV-Ebene zu treffen.

7.5 Ergebnis

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verändert die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben im Rahmen von Normensetzungsverträgen Rahmenvereinbarungen zu schaffen. Diese sind den Vereinbarungen auf Landesebene vorgeschaltet. Die Vertragspartner auf Landesebene sind bei der Ausgestaltung der Prüfungen grundsätzlich frei. In den Regionalvereinbarungen können Rückzahlungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise festgelegt werden. Diese gesetzliche Formulierung ist außerordentlich weich.

Es ist nicht zu erwarten, dass die ab 2017 generell vorgeschriebene gesamtvertragliche Vereinbarung und die dann anzuwendenden Prüfmethoden etwas an der Situation verbessern. Zu befürchten ist vielmehr eine weitere Rechtsunsicherheit als Folge unterschiedlicher Ausgestaltung der Prüfungen auf Landesebene. Es wird auf das Verhandlungsgeschick der ärztlichen Vertreter bei der Gestaltung der Prüfsystematik ankommen.

► **Praxistipp**

Bis 01.01.2017 verbleibt es weitgehend bei den bisherigen Regelungen.

Bei Regressen bzw. Honorarkürzungen spricht man künftig von „Nachforderungen“. Der Grundsatz „Beratung vor Regress“ wird weiter relativiert. Bei statistischen Prüfungen werden künftig individuelle Beratungen bei erstmaliger Auffälligkeit den Nachforderungen vorgehen. Hingegen gilt dieser Grundsatz nicht im Falle von Einzelfallprüfungen.

8

Förderung neuer Versorgungsformen

Die eingefahrenen Versorgungsprozesse geraten aufgrund sich wandelnder demografischer Gegebenheiten und eines Ärztemangels in manchen Regionen unter Druck. Es gilt deshalb neue Ansätze zu finden, um die Versorgung zu gestalten. Mit den vorhandenen Selektivverträgen sind bereits Instrumente vorhanden, um neue Versorgungsformen z. B. unter Einsatz von Telemedizin zu erproben. Vor fünf Jahren ist die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung ausgelaufen. Die Investitionsbereitschaft in innovative Ansätze ist seitdem gehemmt.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz will die Anpassung vorantreiben. Neue Versorgungsformen sollen die Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung fördern. Hierbei müssen die geförderten Vorhaben über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Übergeordnetes Ziel ist eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.

8.1 Förderkriterien

§ 92a Abs. 1 Satz 2 SGB V ergänzt die vorstehende Vorgabe dahingehend, dass schwerpunktmäßig Vorhaben gefördert werden sollen, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben, also Ansätze enthalten, um die strikte Trennung der Sektoren zu überwinden. Die Vorhaben müssen weiterhin hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Weitere Voraussetzungen für eine Förderung sind, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Vorhaben erfolgt. Förderkriterien sind insbesondere:

1. Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz,
2. Behebung von Versorgungsdefiziten,
3. Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen,
4. interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle,
5. Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen,
6. Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen,
7. Evaluierbarkeit.

Förderschwerpunkte für die Förderung von neuen Versorgungsformen können nach dem Gesetzentwurf beispielsweise sein: Telemedizin, Versorgungsmodelle in strukturschwachen Gebieten, Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen, Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung, Modellprojekte zur Arzneimitteltherapie-sicherheit bei multimorbiden Patienten.

① Hinweis

Über eine Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung hinaus können auch andere Vorhaben gefördert werden. Der Gesetzeswortlaut öffnet mit seiner bewusst offenen Formulierung einen weiten Anwendungsbereich. Denkbar sind Projekte, mit denen ärztliche Leistungen delegiert oder gar substituiert werden können oder Projekte zur Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit bei multimorbiden Patienten mit Polimedikation.

Die konkreten Förderschwerpunkte werden noch durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Förderbekanntmachungen festgelegt.

8.2 Antragstellung

Antragsteller für eine Förderung können Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene Medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Landeskrankenhausgesellschaften, Kassenärztliche Vereinigungen, pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes und Patientenorganisationen nach § 140f SGB V sein.

Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Die Beteiligung dient als Filter.

① Hinweis

Die Beteiligung einer Krankenkasse ist nach dem Gesetzentwurf nicht zwingend vorgeschrieben. Bei Beteiligung einer Krankenkasse kann jedoch von Beginn geklärt werden, ob das Vorhaben der Versorgung gesetzlich Versicherter dient. Damit erhöhen sich die Förderchancen.

8.3 Durchführung der Förderung

Nach dem Gesetzentwurf sind nur diejenigen Kosten förderungsfähig, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind.

① Hinweis

Produktinnovationen werden nicht gefördert.

Die Förderung besteht somit in Geldleistungen.

Die Fördersumme für neue Versorgungsformen beträgt nach dem Gesetzentwurf in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils mindestens 225 Mio. Euro. Sie umfasst auch die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung einschließlich der wissenschaftlichen Auswertung notwendigen Aufwendungen. Soweit Mittel in einem Haushaltsjahr nicht verausgabt werden, sind sie an den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) krankenkassenanteilig zurückzuführen.

Der zur Durchführung der Förderung beim Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum 01.01.2016 einzurichtende Innovationsausschuss legt in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung fest. Er führt auf der Grundlage der Förderbekanntmachungen Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung. In den Investitionsausschuss entsenden die Kassen- und Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft je einen, die Krankenkassen drei, das Gesundheitsministerium zwei und das Forschungsministerium einen Vertreter. Dazu kommt der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Beteiligung Vertreter der Regierung in einem Ausschuss der Selbstverwaltung dürfte systemwidrig sein.

① Hinweis

Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die Bewilligung steht im Ermessen des Förderungsausschusses. Ein Ablehnungsbescheid ist nur insoweit gerichtlich anfechtbar, als ein Ermessens Fehlgebrauch vorliegt.

8.4 Versorgungsforschung

Der Gesetzentwurf bestimmt des Weiteren, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Versorgungsforschung fördert, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist. Versorgungsforschung ist nach dem Gesetzentwurf die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung des Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen. Sie bezieht sich auf die Wirksamkeit der medizinischen Versorgung. Gefördert werden nur Vorhaben, die konkret auf eine Verbesserung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind, von hoher praktischer Relevanz sind und eine besondere Nähe zur Patientenversorgung besitzen. Sie müssen zudem geeignet sein, Erkenntnisse zu liefern, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seine Richtlinien zur Gestaltung der Versorgung übernommen werden oder dem Gesetzgeber als Grundlage für strukturelle Veränderungen der gesetzlichen Grundlagen dienen können.

Auch in der Versorgungsforschung erfolgt die Festlegung von konkreten Förderschwerpunkten und Förderkriterien in den Förderbekanntmachungen durch den beim Gemeinsamen Bundesausschuss einzurichtenden Innovationsausschuss.

Im Gegensatz zu den neuen Versorgungsformen können bei der Versorgungsforschung die gesamten Kosten gefördert werden. Hierfür werden in den Jahren von 2016 bis 2019 jährlich mindestens 75 Mio. Euro zur Verfügung gestellt.

9

Neuerungen für Apotheker, Heilmittelerbringer und Hebammen

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz bringt auch für Apotheker, Heilmittelerbringer (Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten) und Hebammen Neuerungen.

9.1 Null-Retaxation und Festschreibung des Apothekenabschlags

Der Gesetzgeber bestätigt in der Gesetzesbegründung zu § 129 SGB V, dass Apotheker einen entscheidenden Beitrag zur guten und sicheren Arzneimittelversorgung in Deutschland leisten. Es sei ein legitimes Interesse, dass sie vor unsachgemäßen Retaxationen der Krankenkassen „auf Null“ (Vollabsetzung von der Rechnung) und damit vor wirtschaftlicher Überforderung in den Fällen geschützt werden, in denen Versicherte das nach den Regelungen des SGB V abzugebende Arzneimittel erhalten haben, das der Arzt ausgewählt hat. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz schützt künftig den Apotheker in diesen Fällen vor den bisherigen Null-Retaxationen.

Anders verhält es sich in denjenigen Fällen, in denen Apotheken anstelle eines Rabattvertragsarzneimittels pflichtwidrig ein anderes Arzneimittel abgeben. Hierzu hat die Rechtsprechung entschieden, dass weder ein Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse noch ein Anspruch auf Ersatz des Werts oder der Beschaffungskosten des abgegebenen Arzneimittels besteht¹³. Für den Fall der pflichtwidrigen Abgabe eines anderen statt des Rabattarzneimittels verdient der Apotheker nach der Gesetzesbegründung keinen Schutz.

¹³ vgl. BSG, Urteil vom 02.07.2013, B 1 KR 49/12 R, LEXinform 0964352 und B 1 KR 5/13 R, LEXinform 0964355, bestätigt durch das Bundesverfassungsgericht mit dem Nichtannahmebeschluss vom 07.05.2014

Der Gesetzgeber überlässt es der Selbstverwaltung auf der Grundlage des Rahmenvertrags nach § 129 Abs. 2 SGB V, Regelungen zu Heilungsmöglichkeiten für Formverstöße zu vereinbaren. Zudem können auch Regelungen vorgesehen werden, die lediglich eine teilweise Retaxation beinhalten. Um die zeitnahe Umsetzung des Regelungsvorschlags sicherzustellen, gibt der Gesetzgeber den Vertragsparteien eine Vereinbarungsfrist von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes vor. Mit Ablauf der Frist geht die Festlegung der Fälle, in denen es nicht zu einer vollständigen oder nur zu einer teilweisen Retaxation kommen soll, auf die Schiedsstelle über. Wie die Regeln zur Retaxation künftig genau aussehen werden, bleibt abzuwarten.

Weiter schreibt der Gesetzentwurf in § 130 Abs. 1 SGB V den Apothekenabschlag für die Abgabe eines verschreibungspflichtigen Fertigarzneimittels auf 1,77 Euro fest, nachdem die Vertragspartner zum Apothekenabschlag für das Jahr 2013 erst im Rahmen des Schiedsstellenverfahrens einen Konsens über die Höhe des Abschlags bis zum Jahr 2015 erzielen konnten. Mit der nunmehrigen gesetzlichen Festschreibung der Höhe des Apothekenabschlags können zukünftig Verhandlungskonflikte vermieden werden. Die bisherigen Parameter für die Anpassung des Apothekenabschlags entfallen künftig aufgrund der gesetzlichen Festschreibung.

9.2 Rechnungskürzungen bei Heilmittelerbringern

Auch Heilmittelerbringer werden immer wieder mit falsch oder unvollständig ausgestellten Rezepten der Ärzte konfrontiert. Nicht alle Krankenkassen erachten Korrekturen durch den Leistungserbringer für zulässig, sodass Rechnungskürzungen und Null-Retaxationen aufgrund rein formaler Fehler drohen.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz gibt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Vertretern der Heilmittelerbringer auf, in Rahmenempfehlungen insbesondere die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung zu regeln sowie einheitliche Regeln zur Abrechnung aufzunehmen. Die obligatorische Regelung der notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung in den Rahmenempfehlungen soll zur Rechtsklarheit zwischen Krankenkassen, verordnenden Ärzten und den

Heilmittelerbringern beitragen und sicherstellen, dass formale Fehler bei der Ausstellung der Heilmittelverordnungen vermieden werden. Weiter sollen insbesondere die Pflichten der Leistungserbringer sowie Korrekturmöglichkeiten, Korrekturform und Korrekturzeitpunkt der Abrechnungen festgelegt werden, um sicherzustellen, dass Rechnungskürzungen nur in berechtigten Fällen erfolgen und Null-Retaxationen aufgrund rein formaler Fehler bei der Ausstellung der Verordnung sowie Null-Retaxationen ohne Korrekturmöglichkeit unterbunden werden. Wie die Rahmenempfehlungen letztlich ausgestaltet werden, lässt sich derzeit nicht sagen.

► **Praxistipp**

Der Gesetzgeber weist in der Gesetzesbegründung ausdrücklich darauf hin, dass die Therapeuten verpflichtet sind, die Verordnung auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen.¹⁴

9.3 Haftungsbegrenzung bei Hebammen

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe. Gemäß § 4 Abs. 1 des Hebammengesetzes (HebG) muss zu jeder Geburt unabhängig von der Wahl des Geburtsorts eine Hebamme hinzugezogen werden. Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Hebammenhilfe ist nach der Vorstellung des Gesetzgebers von zentraler Bedeutung, wobei den freiberuflich tätigen Hebammen eine wesentliche Aufgabe zukommt.

Nach den jeweiligen landesgesetzlichen Regelungen sind freiberuflich tätige Hebammen verpflichtet, eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen. In den vergangenen Jahren sind die Versicherungsprämien für freiberuflich tätige Hebammen erheblich gestiegen. Die Versicherungen mussten für immer höhere Schäden materieller

¹⁴ u. a. BSG, Urteil vom 27.10.2009, B 1 KR 4/09 R, BSGE 105, 7, LEXinform 1560592 und Urteil vom 13.09.2011, B 1 KR 23/10 R, NZS 2012, 296

und immaterieller Art eintreten. Dabei ging ein wesentlicher Teil der Schadensregulierungskosten auf Regressforderungen der Kranken- und Pflegeversicherung zurück.

Nach der neu geschaffenen Regelung in § 134a Abs. 5 SGB V kann künftig ein Ersatzanspruch nach § 116 Abs. 1 SGB X wegen Schäden aufgrund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe von Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen nur geltend gemacht werden, wenn der Schaden vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wurde. Des Weiteren können im Fall einer gesamtschuldnerischen Haftung Kranken- und Pflegekassen einen übergegangenen Ersatzanspruch im Umfang des Verursachungs- und Verschuldensanteils der begünstigten Hebamme gegenüber den übrigen Gesamtschuldnern nicht geltend machen.

Die Haftungsbeschränkung gilt ausdrücklich nur für freiberuflich tätige Hebammen. Angestellte Hebammen werden von der Neuregelung nicht erfasst, da für sie nach den arbeitsrechtlichen Grundsätzen des innerbetrieblichen Schadensausgleichs nur ein eingeschränkter Umfang der Arbeitnehmerhaftung gilt. Zudem sind angestellte Hebammen regelmäßig durch ihren Arbeitgeber berufshaftpflichtversichert. Sie müssen keine vergleichbare Berufshaftpflichtversicherung abschließen und sind folglich nicht durch hohe Versicherungsprämien belastet.

► **Praxistipp**

Die Haftungsbegrenzung gilt nicht für den Bereich der Privatpatienten.

Die neue Gesetzesregelung berührt auch nicht die Rechte von Mutter und Kind. Diese Personen können die freiberufliche Hebamme auch persönlich in Anspruch nehmen. Sie haben darüber hinaus einen uneingeschränkten Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse.

Es bleibt abzuwarten, ob der mit der Regelung vorgesehene begrenzte Ausschluss der Regressforderungen geeignet ist, die Berufshaftpflichtversicherung für freiberuflich tätige Hebammen verfügbar und bezahlbar zu machen.

► **Praxistipp**

Der Regressausschluss gilt auch für alle bestehenden Ansprüche ab Inkrafttreten der Regelung und bezieht sich damit auch auf Schadensereignisse, die früher eingetreten sind, soweit der Regressanspruch bis zum Inkrafttreten noch nicht geltend gemacht worden ist.

10

Schlussbetrachtung

Das vor drei Jahren in Kraft getretene Versorgungsstrukturgesetz hat die Probleme in der vertragsärztlichen Versorgung nicht hinreichend gelöst. Die ärztliche Versorgung ist deutlich teurer geworden. Nach wie vor bestehen große Verteilungsprobleme zwischen den Ballungsräumen und den ländlichen Regionen.

Ärzte und Krankenkassen sind sich darüber einig, dass eine nachhaltige Verbesserung der medizinischen Versorgung richtig und notwendig ist. Angesichts sinkender Überschüsse bei den gesetzlichen Krankenkassen, einer älter werdenden Gesellschaft und steigender Leistungsausgaben bei der Versorgung besteht dringender Handlungsbedarf. Die Bundesregierung will mit ihrem Gesetzentwurf die drängenden Probleme angehen. Es seien nur einige Punkte genannt, nämlich eine bedarfsgerechte ländliche Versorgung, der Abbau von Überversorgung in Ballungsgebieten in Verbindung mit Aufkauf von Praxissitzen, die Regelung von Wartezeiten für Patienten, eine stärker bedarfsgerechte Orientierung insbesondere bei der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und einheitliche Rahmenbedingungen für Selektivverträge.

Das Versorgungstärkungsgesetz sieht eine verstärkte Förderung kooperativer Versorgungsformen vor. Es schreibt damit die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und dem Versorgungsstrukturgesetz angestoßenen Entwicklungen fort. Damit waren unter anderem die Möglichkeiten geschaffen worden, Zweitpraxen zu eröffnen und Ärzte anzustellen. Zudem entfiel die Residenzpflicht. Nunmehr setzt der Gesetzgeber verstärkt auf Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxisnetze. Kooperative Versorgungsformen tragen nach der Vorstellung der großen Koalition dazu bei, die Versorgung zu verbessern und Effizienzreserven zu erschließen. Bei Unterversorgung oder bei zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf ist nun ein Krankenhaus zwingend zur ambulanten Behandlung zuzulassen. Insoweit gibt es keinen Ermessensspielraum.

► **Praxistipp**

Der Vertragsarzt sollte dem Trend zu kooperativen Arbeitsformen in der Arztpraxis Rechnung tragen.

Die Krankenkassen kritisieren das Gehaltsplus für Ärzte ohne Verbesserung der Versorgung. Sie monieren das Fehlen dringend benötigter Daten zur künftigen Entwicklung der Bevölkerung wie auch sozio-ökonomische Faktoren. Der Bedarfsplanung gemäß der Richtlinie 2012 werden weiterhin die Ist-Zahlen an Ärzten der 90er Jahre zu Grunde gelegt mit der Folge, dass die haus- und fachärztliche Versorgung weiterhin in Schieflage bleibt. Weiter rügen die Kassen unzulässige Eingriffe in ihre Selbstverwaltung.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung beklagt einen Angriff auf ihre Freiberuflichkeit durch die Vorgabe, die Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu sektionieren. Haus- und Fachärzte in ihren Angelegenheiten getrennt voneinander zu behandeln, könne rechts- oder sogar verfassungswidrig sein. Die KBV sieht in dem bereits vor Jahren von ihr entwickelten Wahltarifmodell die Lösung. Nach diesem haben die Patienten freien Zugang zu allen Versorgungsstufen nach eigenem Ermessen oder nach einem alternativen Tarif, in dem Haus- oder Fachärzte den Zugang zu höheren Versorgungsebenen steuern.

Die Ärztevertreter sehen in der Neugewichtung der Stimmen in der Selbstverwaltung und dem Aufbau weiterer Sektorengrenzen ein „Versorgungschwächungsgesetz“. Den Praxisaufkauf bezeichnen sie als „Quasi-Enteignung“.

Es muss bezweifelt werden, ob das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz die Probleme der vertragsärztlichen Versorgung nachhaltig löst und das gesetzte Ziel erreicht. Das von der KBV unter dem Aspekt der Honorarpolitik entwickelte Wahltarifmodell täte es ebenfalls nicht. Weit dringender wäre es, die Bedarfsplanung zu schärfen und fachgruppenspezifischer auszurichten, statt diese an einen fixen Versorgungsgrad zu knüpfen. Versorgungsteuerung funktioniert nur auf der Grundlage

einer funktionierenden sektorenübergreifenden Bedarfsplanung und verbindlich geregelten Kooperationen zwischen Haus- und Fachärzte. Ebenso dringend wäre es, geeignete Wege zur Steuerung der Patientenströme zu finden, statt Kliniken weiter in die ambulante Versorgung einzubinden.

Für die Vertragsärzte bedeutet das Gesetz salopp gesprochen eine „Verschlimmbesserung“. Die Grundprobleme werden bleiben.