

GKV-Versorgungsstrukturgesetz: Das müssen Sie wissen!

RA und FA für Medizinrecht Dr. Thomas Willaschek, Dierks + Bohle Rechtsanwälte

Zum 01.01.2012 ist das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) in Kraft getreten. Für vertragsärztlich tätige Hausärzte ergeben sich viele Neuerungen. Der folgende Beitrag verschafft Ihnen einen Überblick über die wichtigsten:

Abrechnung und Vergütung hausärztlicher Leistungen

Bisher schrieb das SGB V zwingend vor, Leistungen der hausärztlichen Versorgung im EBM über Versichertenpauschalen abzubilden. Der Gesetzgeber hat diese Vorgabe gelockert und trägt damit Forderungen nach einer Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung Rechnung. Bei den Versichertenpauschalen kann weiter als bisher differenziert werden, z. B. entsprechend der Alters- und Krankheitsstruktur der Patienten oder nach Erst- und Folgekontakt. Besonders förderungswürdige Leistungen – insbesondere Gesprächsleistungen und Telemedizin – müssen nun als Einzelleistungen oder über Leistungskomplexe vergütet werden.

Die Kassenärztliche Vereinigungen haben wieder die alleinige Kompetenz zur Honorarverteilung und dabei weitreichende Freiheiten. Das Gesetz enthält nur noch wenige Vorgaben, immerhin soll dem Arzt weiterhin hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars Kalkulationssicherheit ermöglicht werden. Die Systematik der Regelleistungsvolumina und QZV, welche bis ins Detail von der Bundesebene vorgegeben wurde, wird damit wieder abgelöst. Die bisherigen RLV/QZV gelten aber zunächst fort, bis die Vertreterversammlung über einen neuen Honorarverteilungsmaßstab entschieden hat.

Größere Flexibilität für die Versorgung und für Vertragsärzte

Die Versorgung wird insgesamt flexibler. Es ist nun einfacher, **Zweigpraxen** zu eröffnen. Für eine Genehmigung der KV reicht es, wenn sich mit der Zweigpraxis die medizinische Versorgung am neuen Standort verbessert und sich die Versorgung am Praxissitz gleichzeitig nicht spürbar verschlechtert.

Zugleich wurde die **Residenzpflicht** für Vertragsärzte abgeschafft. Auch Hausärzte können deshalb weiter von ihrer Praxis entfernt wohnen, beispielsweise in der Stadt, und zu ihrer auf dem Land gelegenen Praxis pendeln.

Die Vertretung von Vertragsärztinnen nach der Geburt ihres Kindes ist nun für zwölf Monate möglich, das ist doppelt so lange wie bisher. Für die Kindererziehung können Ärzte einen **Entlas-**

tungsassistenten bis zu 36 Monate beschäftigen, während der Pflege von Angehörigen bis zu sechs Monate; diese Zeiträume können auf Antrag von der KV verlängert werden.

Die unternehmerisch wichtigste Neuerung: Ärztliche Angestelltenstellen bei einem Vertragsarzt oder im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) können nun in einen eigenständigen Vertragsarztsitz **(rück)umgewandelt** werden. Ein entsprechender Antrag beim Zulassungsausschuss ist erfolgreich, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder einem halben Versorgungsauftrag entspricht. Dabei wird der bisher angestellte Arzt automatisch Inhaber der Zulassung, sofern nicht der anstellende Vertragsarzt bzw. das MVZ die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens beantragt.

Mit dieser Änderung wird insbesondere die Entscheidung, auch als Vertragsarzt in Einzel- oder Gemeinschaftspraxis einen ärztlichen Kollegen anzustellen, deutlich erleichtert. Denn erweist sich zukünftig die Anstellung nicht (mehr) als sinnvoll, z. B. weil der Kollege als Partner in die Praxis aufgenommen werden soll, ist der Angestelltensitz vertragsarztrechtlich problemlos verwertbar.

Praxisstilllegung statt Nachbesetzung

Scheidet ein Hausarzt aus der vertragsärztlichen Versorgung aus, lässt er den Sitz üblicherweise zur Nachbesetzung ausschreiben. Über die Nachbesetzung entscheidet dann der Zulassungsausschuss.

Ab dem Jahr 2013 wird der Zulassungsausschuss für den jeweiligen Praxisstandort prüfen, ob Überversorgung vorliegt. Bejaht er dies, kann er entscheiden, den Arztsitz stillzulegen. Der ausscheidende Vertragsarzt erhält dann von der KV eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswerts der Praxis. Dies gilt nicht, wenn ein Verwandter des Arztes die Praxis übernehmen will oder wenn der ausscheidende Arzt zuvor in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig war, die durch die Stilllegung des Arztsitzes benachteiligt wäre.

Erschwerung der Praxissitzverlegung

Versorgungsgesichtspunkte spielen auch bei einer Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) eine Rolle. Möchte ein Niedergelassener seine Praxis verlegen, muss er zukünftig beachten, dass sich dadurch die Versorgungssituation am Ort des aktuellen Praxissitzes **nicht verschlechtern** darf. Das gilt auch für die Verlegung eines Praxissitzes im Rahmen einer Anstellung bei einem Vertragsarzt oder in einem MVZ.

Zukünftig darf der Zulassungsausschuss den Antrag eines Vertragsarztes auf Verlegung seines Vertragsarztsitzes nur dann genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem

nicht entgegenstehen. Der Gesetzgeber stellt damit klar, dass die Interessen eines Arztes an seiner Praxisverlegung Versorgungsgesichtspunkte grundsätzlich nicht überwiegen. Der Zulassungsausschuss soll danach einen Verlegungsantrag ablehnen, wenn z. B. die Verlegung eines Vertragsarztsitzes in einen anderen Stadtteil zu Versorgungsproblemen in dem Stadtteil führt, in dem sich der Vertragsarztsitz derzeit befindet.

Einschränkungen für Medizinische Versorgungszentren

Der Gesetzgeber möchte Medizinische Versorgungszentren vom Einfluss von Kapitalinteressen freihalten. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurde dazu der **Kreis der MVZ-Gründer erheblich eingeschränkt**. MVZ können nur noch von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen oder von gemeinnützigen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Trägern gegründet werden. Die Gründung ist ausschließlich in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich. Das führt dazu, dass ein Vertragsarzt nun zunächst eine Trägergesellschaft gründen muss, bevor er die Zulassung eines MVZ beantragen kann.

Neu ist ebenfalls, dass der **ärztliche Leiter** des MVZ selbst als Vertragsarzt oder als angestellter Arzt im Zentrum tätig sein muss.

Bis zum 31.12.2011 gegründete medizinische Versorgungszentren genießen **Bestandsschutz** und sind auch zukünftig uneingeschränkt handlungsfähig.

Erleichterungen bei der Richtgrößenprüfung

Der Gesetzgeber hat die Richtgrößenprüfung nicht abgeschafft. Immerhin hat er sie aber insbesondere für diejenigen Ärzte, welche in der Vergangenheit nicht betroffen waren, deutlich „entschärft“. Zielsetzung des Gesetzes war, das wirtschaftliche Risiko der Vertragsärzte bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens kalkulierbar zu machen.

Überschreitet ein Hausarzt ab 2012 sein Richtgrößenvolumen - nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten - erstmalig um mehr als 25 %, erhält er anstelle des sonst automatisch folgenden Regresses eine individuelle Beratung. Weil ein Regress generell erst für den nächsten Verordnungszeitraum nach durchgeführter Beratung droht („Beratung vor Regress“), besteht für bisher von Richtgrößenüberschreitungen unbehelligt gebliebene Vertragsärzte zunächst keine Gefahr. Beispiel: Die Prüfungsstelle prüft im Jahr 2014 den Verordnungszeitraum 2012 und spricht bei verbleibender Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % eine Beratung aus. Erstmals für den Verordnungszeitraum 2015 kann ein Regress festgesetzt werden.

Hinzu kommt, dass die Beratung von den Prüfungsgremien nicht lediglich als Maßnahme „festgesetzt“, sondern zukünftig mündlich gemeinsam mit dem betroffenen Arzt durchgeführt werden dürfte. Hausärzte können sich also tatsächliche Aufklärung über die Wirtschaftlichkeit Ihrer Verordnungsweise erhoffen. Im Rahmen der Beratung kann außerdem beantragt werden, dass die Prüfungsstelle Praxisbesonderheiten bereits für zukünftige Zeiträume anerkennt. Das gilt für geltend gemachte Praxisbesonderheiten, die nicht vorab anerkannt werden oder die bereits Gegenstand von Prüfungsverfahren waren.

Heilmittel: Praxisbesonderheiten und Langfristverordnungen

Praxisbesonderheiten sind solche Umstände, die sich auf das Behandlungs- oder Verordnungsverhalten auswirken und in Praxen der Fachgruppe typischerweise nicht oder nicht in derselben Häufigkeit anzutreffen sind. Praxisbesonderheiten werden grundsätzlich im Richtgrößenprüfungsverfahren auf Antrag von der Prüfungsstelle anerkannt.

Nunmehr müssen auf Bundesebene bis zum 30.09.2012 (wie bisher schon für Arzneimittel) auch für Heilmittel sog. „amtliche“ Praxisbesonderheiten festgelegt werden, die in Richtgrößenprüfungen vorab und ohne besonderen Antrag anzuerkennen sein werden. Darüber hinaus können regional zwischen KV und Krankenkassen weitere Praxisbesonderheiten vereinbart werden.

Eine weitere Entlastung ergibt sich im Bereich der sog. Langfristverordnungen: Patienten mit besonders schweren und anhaltenden Schädigungen und Beeinträchtigungen, die einen besonderen, langfristigen Bedarf an Heilmitteln haben, haben die Möglichkeit, sich auf Antrag die erforderlichen Heilmittel von der Krankenkasse für einen geeigneten Zeitraum genehmigen zu lassen. Liegt die Genehmigung vor, oder entscheidet die Krankenkasse nicht innerhalb von vier Wochen über den Antrag, trägt der Hausarzt bei der Verordnung kein Regressrisiko.

Rechtsanwalt Dr. Thomas Willaschek
Fachanwalt für Medizinrecht

DIERKS + BOHLE Rechtsanwälte | Walter-Benjamin-Platz 6 | 10629 Berlin | www.db-law.de
Telefon: 030 327787-29 | Telefax: 030 327787-77 | E-Mail: willaschek@db-law.de

