

Einige wesentliche Änderungen durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

1. Befristung von Zulassungen

§ 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V (neu) bestimmt, dass in der Zulassungsverordnung auch die Voraussetzungen für eine Befristung von Zulassungen zu regeln sind. Die Regelung findet sich in § 19 Abs. 4 Ärzte-ZV. Die Befristung ist jedoch nur in offenen Planungsbereichen möglich, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsbedarf mindestens 100% erreicht. Ab einem Versorgungsgrad von 110% wird ein Planungsbereich gesperrt, § 103 Abs. 1 SGB V. In überversorgten Gebieten können im Nachbesetzungsverfahren weiterhin nur unbefristete Zulassungen erteilt werden. Der Geltungsbereich liegt bei dem Versorgungsgrad zwischen 100% und 110%. Im Ergebnis werden damit z.B. bei kurzer partieller Öffnung des Planungsbereichs nur noch befristete Zulassungen vergeben. Die bisher bestehende Möglichkeit, ohne Praxisverkauf und Nachbesetzungsverfahren sozusagen kostenlos durch kurzzeitige partielle Öffnung des Planungsbereichs eine unbefristete Zulassung zu erhalten, besteht damit nicht mehr. Die Dauer der Befristung soll im Ermessen der Zulassungsausschüsse liegen. Die Zulassung endet mit Ablauf der Frist. Eine Nachbesetzung gemäß § 103 Abs. 4 SGB V ist nicht möglich, auch nicht, wenn der Vertragsarzt vor Ablauf der Frist seine Tätigkeit beendet, § 103 Abs. 4 Satz 2, 2. Halbsatz SGB V (neu).

2. Nachbesetzung von Zulassungen, Ergänzung der Nachbesetzungskriterien, § 103 Abs. 4 SGB V

Die bisherigen Kriterien in § 103 Abs. 4 SGB V, wie die berufliche Eignung, Approbationsalter, Dauer der ärztlichen Tätigkeit sowie, ob der Bewerber Ehegatte, Kind, angestellter Arzt oder Gemeinschaftspraxispartner ist, werden ergänzt durch Versorgungskriterien, wie eine fünfjährige vertragsärztliche Tätigkeit (wobei Erziehungszeiten oder Zeiten für die Pflege von Angehörigen mitgezählt werden) in einem unterversorgten Gebiet oder die Bereitschaft des Bewerbers besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen (z.B. die zusätzliche Versorgung in nahe gelegenen unterversorgten Gebieten oder bestimmte Leistungsspektren im bestimmten Umfang zu erbringen).

3. Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung, § 103 Abs. 4c SGB V

Zum Abbau der Überversorgung gibt der neue Abs. 4 c des § 103 SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung die Möglichkeit, bei der Ausschreibung zur Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen ein Vorkaufsrecht auszuüben. Das Vorkaufsrecht hat gegenüber zivilrechtlich vereinbarten Vorkaufsrechten Vorrang. Die Finanzierung erfolgt aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigung. Das Vorkaufsrecht gilt nicht, wenn die Praxis an einen Ehegatten, ein Kind, einen bisher in der Praxis angestellten Arzt oder an einen bisherigen Gemeinschaftspraxispartner abgegeben wird. Wird das Vorkaufsrecht ausgeübt, kommt ein Vertrag zwischen dem abgebenden Vertragsarzt und der Kassenärztlichen Vereinigung zu den Bedingungen zustande, die mit dem Nachfolger vereinbart waren. Allerdings ist das wirtschaftliche Interesse des abgebenden Arztes gemäß § 103 Abs. 4 Satz 8 SGB V (neu, bisher Satz 7) nur in Höhe des Verkehrswertes der Praxis geschützt. Den Verkehrswert übersteigende Kaufpreisforderungen werden damit im Ergebnis nicht gezahlt. Nach Ausübung des Vorkaufsrechts ist eine Fortführung der Praxis durch die Kassenärztliche Vereinigung unmöglich. Der Sitz verfällt.

4. Rückumwandlung einer Arztstelle, § 95 Abs. 9b SGB V

Da eine Arztstelle in überversorgten Gebieten sowieso nach besetzt werden kann, tritt ein Abbau der Überversorgung nicht ein. Eine nach § 95 Abs. 9 SGB V genehmigte Arztstelle kann deshalb gemäß § 95 Abs. 9b SGB V (neu) auf Antrag des anstellenden Arztes wieder in eine Zulassung umgewandelt werden. Die Entscheidung über die Folgebesetzung der Zulassung liegt beim anstellenden Arzt. Entweder kann er selbst durch Verwertung oder der angestellte Arzt durch Nachbesetzung Inhaber der Zulassung werden. Voraussetzung ist der einer Teilzulassung bzw. einer Vollzulassung entsprechende Tätigkeitsumfang. Dasselbe gilt bei Arztstellen in einem MVZ.

5. MVZ, § 95 Abs. 1 a SGB V

Die Gründervoraussetzungen werden neu gefasst, MVZ können nur noch von Vertragsärzten, Krankenhäusern und gemeinnützigen Einrichtungen gegründet werden. Die Gründungsberechtigung haben dann nur noch solche Leistungserbringer, die zum Großteil die ambulante und stationäre medizinische Versorgung leisten. Die Rechtsform der Aktiengesellschaft wird ausgeschlossen, da die ärztliche Entscheidung von reinen Kapitalinteressen nicht beeinflusst werden soll. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Neuregelungen bestehende MVZten haben Bestandschutz.

Der ärztliche Leiter eines MVZ muss selbst als Angestellter oder Vertragsarzt in dem MVZ tätig sein und darf keinen medizinischen Weisungen unterliegen. Als einzige Ausnahme vom Bestandsschutz müssen auch bereits bestehende MVZten einen entsprechenden ärztlichen Leiter innerhalb einer Frist von 6 Monaten bestimmen, sonst wird dem MVZ die Zulassung entzogen.

6. Das vertragsärztliche Honorar

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz reformiert der Gesetzgeber das vertragsärztliche Vergütungssystem. Auf die Verfahrensvorgaben des Bewertungsausschusses zur Honorarverteilung wird verzichtet. Die Kassenärztliche Vereinigung erhält die Kompetenz zur Honorarverteilung, sie erlässt einen Honorarverteilungsmaßstab, der künftig nur noch im Benehmen mit den Krankenkassen festzusetzen ist. Die RLV/ QZV fallen weg. Der Honorarverteilungsmaßstab hat zur Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie zur Gewährleistung verlässlicher Planbarkeit des Arztes mengensteuernde Maßnahmen unter der Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs vorzusehen. Um regionalen Besonderheiten besser Rechnung zu tragen und dabei insbesondere auch den Versorgungsnotwendigkeiten in ländlichen und strukturschwachen Gebieten gerecht zu werden, sollen z. B. Leistungen von Ärzten, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, werden von der Abstufung im Rahmen der Honorarverteilung ausgenommen werden. Des Weiteren erhalten die regionalen Vertragspartner die Möglichkeit, Preiszuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen sowie besonders förderungswürdige Leistungserbringer insbesondere in strukturschwachen Gebieten festzulegen. Dazu haben auf Bundesebene die KBV und der GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss Kriterien festzulegen. Solange die Kassenärztliche Vereinigung noch keinen Honorarverteilungsmaßstab festgelegt hat, sollen die RLV/ QZV-Regelungen fortgelten.