

### Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit

Beschäftigung von Vertretern und Entlastungsassistenten:

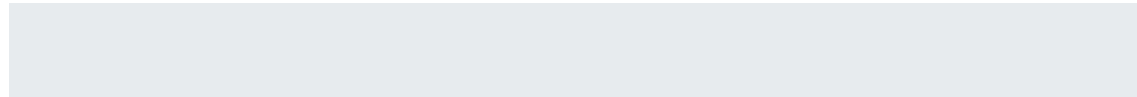
Ärztinnen können sich nach Geburt eines Kindes bis zu 12 Monate in der Praxis vertreten lassen. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, bis zu 36 Monate einen Entlastungsassistenten in der Praxis zu beschäftigen, um Ärztinnen und Ärzten Zeit für die Kindererziehung zu geben. (Ein Entlastungsassistent arbeitet gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt in der Praxis, um z.B. eine Halbtags-Tätigkeit zu ermöglichen.) Wenn ein Angehöriger pflegebedürftig ist, kann ein Entlastungsassistent bis zu sechs Monate beschäftigt werden. Die KV kann diese Zeiträume zudem verlängern.

Aufhebung der Residenzpflicht:

Um die Niederlassung zu flexibilisieren, müssen Ärzte ihren Wohnsitz nicht mehr in der Nähe ihrer Praxis haben. Lediglich die Sprechstunden müssen weiterhin am zugelassenen Praxisstandort angeboten werden.

### Neuregelungen zu Bedarfsplanung und Zulassungen

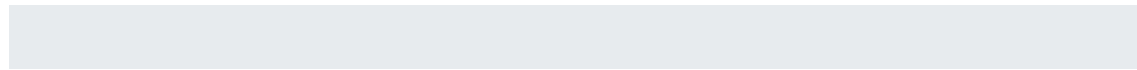
Festlegung der Planungsbereiche:



Ab 2013 ist ein flexibler Zuschnitt der Planungsbereiche möglich. Es gilt dann nicht mehr: ein Planungsbereich je Stadt- und Landkreis. Stattdessen können z.B. in Großstädten auch mehrere kleinere Bereiche vorgesehen werden. Auch ein unterschiedlicher Zuschnitt von Planungsbereichen je Fachrichtung ist möglich. Entsprechende Beschlüsse zur Umsetzung dieser Neuregelungen gibt es noch nicht – Details hierzu stehen noch aus.

- » Kleinere Planungsbereiche in Städten hätten für niedergelassene Ärzte z.B. zur Folge, dass eine Verlegung der Praxis nur noch eingeschränkt möglich wäre (auch nach Praxiskauf). Sobald Details feststehen, muss dies bei der Niederlassungsplanung berücksichtigt werden.

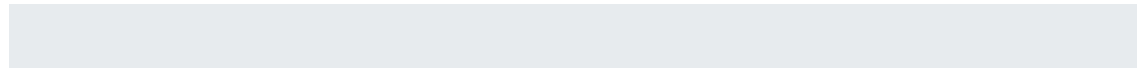
Verlegung des Praxissitzes:



Um eine ungleiche Versorgung innerhalb eines Planungsbereichs zu verhindern, wird die Vorschrift zur Verlegung des Praxissitzes verschärft. Der Zulassungsausschuss darf eine Verlegung nur genehmigen, wenn dadurch die Versorgung am alten Praxissitz nicht verschlechtert wird. Bislang war dies meist unproblematisch.

- » Die Verlegung einer (übernommenen) Praxis aus einem unattraktiven Stadtteil ins Stadtzentrum könnte so z.B. verhindert werden. Diese Regelung findet ab Januar 2012 Anwendung, und ist bei einer geplanten Praxisübernahme zu berücksichtigen.

Einbringung einer Zulassung in Arztpraxis oder MVZ:



Bislang kann ein Arzt seine Zulassung in eine Arztpraxis oder ein MVZ einbringen, um dort anschließend als Angestellter zu arbeiten. Dies ist künftig nur möglich, wenn sich durch die Aufgabe der alten Praxis die Versorgung vor Ort nicht verschlechtert.



- » Die Konzentration von Arztsitzen in MVZ oder großen Praxen soll so vermieden werden. Bislang konnte der Zulassungsausschuss dies nicht verhindern. Geplante Praxisverkäufe könnten nach der neuen Regelung nicht umsetzbar sein.

Aufkauf und Stilllegung von Arztpraxen:

Soll eine Praxis nachbesetzt werden, kann der Zulassungsausschuss dies künftig ablehnen (d.h., es wird kein Nachfolger gesucht, bzw. der Nachfolger darf die Praxis nicht übernehmen). Die KV muss dem abgehenden Arzt dann den Verkehrswert der Praxis erstatten, die Praxis wird geschlossen. Ziel dieser Regelung ist es, eine regionale Überversorgung abzubauen, besonders in Ballungszentren. Diese Maßnahme ersetzt das ursprünglich geplante Vorkaufsrecht der KVen, und stellt demgegenüber eine Verschärfung dar. Denn die Entscheidung zum Praxiskauf liegt nun nicht mehr bei der KV, sondern beim Zulassungsausschuss, der auch Vertreter der Krankenkassen umfasst.

Ein praktisches Problem bei der Umsetzung dürfte die Ermittlung des Verkehrswerts sein. Dieser hängt maßgeblich vom gewählten Bewertungsverfahren ab, und führt auch heute schon häufig zum Rechtsstreit. Auch im Kreis der KVen ist die Regelung umstritten: Mehrere KVen lehnen sie ab, da hohe Kosten damit verbunden sein können.

- » Insgesamt könnte es für niederlassungswillige Ärzte in Ballungsgebieten schwieriger werden, eine passende Praxis zu finden.

Umwandlung einer Angestelltenzulassung in volle vertragsärztliche Zulassung:

Wird ein angestellter Arzt in einer Praxis beschäftigt (mit voller Zulassung und vollem Budget – kein Job-Sharing), kann diese Angestelltenzulassung jetzt wieder in eine selbstständige vertragsärztliche Zulassung umgewandelt werden. Dies ist auch im laufenden Betrieb der Praxis möglich. Bislang konnte eine Angestelltenzulassung immer nur mit einem Angestellten besetzt und nicht verkauft werden.

- » Beispiel 1: Ein potenzieller Partner arbeitet zunächst als Angestellter in der Praxis. Nach Ende einer „Probephase“ wird die Zulassung auf ihn übertragen. Er ist dann vollwertiger Partner mit eigener Zulassung und vollem Budget.
- » Beispiel 2: Ein Arzt hat eine Zulassung gekauft und einen Arzt angestellt. Nach kurzem stellt er aber fest, dass sich die Anstellung eines Arztes für ihn nicht rechnet. Er schreibt die Angestelltenzulassung aus, ein anderer Arzt kauft sie und lässt sich unabhängig in eigener Praxis nieder.

Befristete Zulassungen:

Der Zulassungsausschuss kann auch eine befristete Zulassung erteilen, die nach einigen Jahren wegfällt. Möglich ist dies in offenen Planungsbereichen, in denen Überversorgung droht (bei einem Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 Prozent). Details hierzu bleiben dem Zulassungsausschuss überlassen. Die praktische Umsetzung ist damit noch fraglich, z.B. bezüglich der Gültigkeitsdauer einer solchen Zulassung.

## Unterstützung unterversorgter Regionen

Möglichkeit für KVen, Strukturfonds einzurichten:

Zur Förderung strukturschwacher Gebiete können KVen einen sogenannten Strukturfonds einrichten. In diesen führt die KV

0,1 Prozent der Gesamtvergütung ab, zusätzlich zu einer Einzahlung der Krankenkassen in gleicher Höhe. Aus diesen Geldmitteln können z.B. Investitionszuschüsse sowie Vergütungsaufschläge für Ärzte in unterversorgten Gebieten gezahlt werden. Ziel ist, die Tätigkeit als Landarzt aufzuwerten und finanziell attraktiver zu machen.

- » Bei einer Umsetzung durch alle KVen könnten so ca. 60 Mio. Euro zur Unterstützung unterversorgter Regionen zur Verfügung gestellt werden. Entsprechende Fördermöglichkeiten sollten geprüft werden, wenn eine Niederlassung in einer dünn besiedelten Region geplant ist.

Lockerung der Budgetierung:

Ärzte in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten werden von der Fallzahlbegrenzung ausgenommen. Die KVen müssen entsprechende Regelungen in ihren Honorarverteilungsmaßstäben vorsehen. Dies soll z.B. Verbesserungen für Landärzte bringen, die sehr viele Patienten versorgen müssen.



- » Obwohl das Gesetz diese Möglichkeit vorsieht, wird sie faktisch nur geringe Bedeutung haben. Zwar wird oft von Ärztemangel gesprochen - „auf dem Papier“ besteht aber nach den Bedarfsplanungsregeln nur in wenigen Gebieten Unterversorgung.

**Zuschläge zum Punktwert für förderungswürdige Leistungen:**

KVen und Krankenkassen können Honorarzuschläge für bestimmte Leistungen vereinbaren, die gefördert werden sollen, z.B. für ambulante Operationen. Ebenso können Zuschläge für Ärzte in unterversorgten Gebieten festgelegt werden, um die Tätigkeit dort finanziell attraktiver zu gestalten. Diese Regelung ist für 2012 aber ausgesetzt, neue Zuschläge können frühestens für 2013 vereinbart werden.

**Betrieb medizinischer Einrichtungen durch Kommunen oder KVen:**

In Ausnahmefällen können Kommunen oder auch KVen selbst Einrichtungen zur medizinischen Versorgung betreiben. Dies gilt insbesondere, wenn die Versorgung nicht anders sichergestellt werden kann – eine Genehmigung der KV ist für kommunale Einrichtungen Voraussetzung.

**Vertragsärztliche Vergütung****Honorarentwicklung:**

Die Gesamtvergütung für ambulante vertragsärztliche Leistungen steigt 2012 je Versicherten um 1,25 Prozent. Ab 2013 wird die Höhe der Gesamtvergütung regional zwischen KVen und Krankenkassen ausgehandelt. Zudem soll sie sich am Leistungsbedarf der Versicherten orientieren – je höher die Morbidität der Versicherten, desto mehr Geld muss zur Verfügung gestellt werden. Der Punktwert wird für 2012 wie im Vorjahr auf 3,5048 Cent festgelegt. Die finanzielle Bewertung der einzelnen Leistungen bleibt also unverändert. Ab 2013 kann der Punktwert regional angepasst werden – Vergütungsunterschiede zwischen einzelnen KVen könnten sich so verstärken.

» Die jetzt umgesetzte Regionalisierung der Honorarverhandlungen kommt den Vorstellungen vieler Ärzte entgegen.

» Die Entwicklung des Honorarniveaus wird vom Ausgang der Verhandlungen auf regionaler Ebene abhängen – damit wird es weiterhin regionale Honorarunterschiede geben.

**Wegfall der Mengenbegrenzung bei extrabudgetären Leistungen:**

Im Jahr 2011 mussten KVen und Krankenkassen laut Gesetz sicherstellen, dass die Ausgaben für extrabudgetäre Leistungen nicht weiter steigen. Ziel des Gesetzgebers war die Dämpfung des Mengenwachstums in diesem Bereich. Diese Beschränkung entfällt ab dem Jahr 2012 wieder, da viele extrabudgetäre Leistungen als förderungswürdig angesehen werden (Vorsorgeuntersuchungen, ambulante Operationen etc.).

**Gesonderte Vergütungsregelungen für Praxisnetze möglich:**

KVen können bei der Honorarverteilung einen eigenen Honorartopf für Praxisnetze vorsehen – außerdem könnte die Abrechnung von Leistungen der Praxisnetze nach eigenen Regeln erfolgen. Voraussetzung hierfür ist, dass das Praxisnetz bestimmte Kriterien und Anforderungen erfüllt, um als „förderungswürdig“ anerkannt zu werden. Entsprechende Richtlinien gibt es noch nicht – die Details sind noch offen.

» Je nach Umsetzung auf KV-Ebene könnten Praxisnetze deutlich aufgewertet werden.

» Professionellen Ärztenetzen bietet sich die Möglichkeit, eigene Versorgungsmodelle zu entwickeln, und dafür eine angemessene Vergütung auszuhandeln.

**Vertragszahnärztliche Vergütung****Honorarentwicklung:**

Die gesetzlich vorgeschriebene Kopplung der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung an die Entwicklung der Grundlohnsomme wird aufgegeben. Die Entwicklung des Honorarvolumens der Zahnärzte ist damit nicht mehr an die allgemeine Lohnentwicklung gebunden. KZVen und Krankenkassen haben damit mehr Verhandlungsspielraum bei Vergütungsvereinbarungen.

» Positive Entwicklung für Vertragszahnärzte. Die Höhe der Gesamtvergütung wird sich stärker am tatsächlichen



## Neue Regelungen für Medizinische Versorgungszentren

### Mögliche Gründer eines MVZ:

Ab 2012 dürfen nur noch Vertragsärzte, Krankenhäuser, bestimmte gemeinnützige Einrichtungen sowie Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen MVZ gründen. Andere Leistungserbringer, die heute noch MVZs gründen dürfen, sind zukünftig ausgeschlossen (z.B. Apotheker, Sanitätshäuser, Pflegedienste). Bestehende Einrichtungen haben Bestandsschutz. Ziel des Gesetzgebers ist eine Stärkung der Freiberuflichkeit. MVZs sollen vornehmlich aus der Ärzteschaft heraus gegründet werden, und nicht von Investoren ohne fachlichen Bezug zur ärztlichen Versorgung.

### Mögliche Rechtsformen:

Neugründungen können nur noch in Form einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft (eG) oder einer GmbH erfolgen. Bestehende Einrichtungen haben Bestandsschutz.

### Aufkauf und Verlegung von Arztsitzen:

Will ein MVZ einen Praxissitz übernehmen, werden andere Bewerber als Praxisnachfolger vorgezogen, falls das MVZ nicht mehrheitlich im Besitz von Vertragsärzten ist. Diese nachrangige Behandlung von MVZ gilt nicht, wenn das MVZ bereits am

31.12.2011 in dieser Form zugelassen war. Sie gilt weiterhin nicht, wenn das MVZ die Praxis als Filiale übernimmt, und so den Standort beibehält.

- » Eine Konzentration von Arztsitzen in einem MVZ soll damit verhindert werden – insbesondere in „nicht-ärztlichen“ MVZ.

### Ärztlicher Leiter eines MVZ muss dort auch selbst als Vertragsarzt oder Angestellter tätig sein

Der ärztliche Leiter soll so in die praktische Tätigkeit eingebunden sein, um Einwirkungsmöglichkeiten auf tatsächliche Abläufe zu haben. Bestehende Einrichtungen haben sechs Monate Zeit, diese Anforderung zu erfüllen.

## Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

### Neuer Leistungssektor, neben ambulanter und stationärer Versorgung:

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) umfasst die Behandlung komplexer, seltener, häufig schwer therapierbarer Krankheitsbilder. Fachärzte und Krankenhäuser werden hier nebeneinander und gleichberechtigt ambulant tätig. Ambulante Operationen gehören, entgegen ursprünglicher Planungen, nicht mehr dazu.

### Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung:

Für die ASV ist keine Bedarfsplanung vorgesehen: Teilnehmen darf, wer die personellen und sachlichen Voraussetzungen erfüllt („wer kann, der darf“). Details bezüglich der Anforderungen an Personal und Ausstattung für teilnehmende Ärzte und Krankenhäuser müssen noch geklärt werden, ebenso beim Katalog der einbezogenen Krankheitsbilder.

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt direkt mit den Krankenkassen, nicht über die KV. Die KV kann aber auf Wunsch als „Abrechnungsdienstleister“ einbezogen werden. Niedergelassene Fachärzte können Leistungen der ASV außerhalb ihres KV-Praxisbudgets erbringen.

- » Das Honorarvolumen der ASV wird von der Gesamtvergütung der niedergelassenen Fachärzte abgezogen.
- » Krankenhäuser profitieren von ambulanter Leistungserbringung und werden zu starken Wettbewerbern. Auch die

Honorare der Krankenhäuser fließen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung der Fachärzte ab.



- » Die Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erfolgt vermutlich erst im Laufe des Jahres 2013.

## Weitere Regelungen

### Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung (KBV-ABDA-Modell)

Das Modell von KBV und ABDA sieht vor, dass der Arzt nur noch einen Wirkstoff verschreibt, und der Apotheker das abzugebende Präparat aus einem Katalog auswählt. Apotheker erhoffen sich davon eine Erweiterung ihrer Tätigkeit, während Ärzte hoffen, Regresse vermeiden zu können. Das Modell soll zunächst in einer Modellregion erprobt werden.

- » Keine Umsetzung in der Fläche in den nächsten Jahren.

### Zusammenschluss von KVen

Das Gesetz ermöglicht den Zusammenschluss von KVen, auch Bundesland übergreifend. Konkrete Absichten hierzu gibt es aktuell nicht.

### Zeitnahe fachärztliche Versorgung

KVen und Krankenkassen sollen in Verträgen regeln, welche Wartezeiten für einen Facharzttermin akzeptabel sind. Direkte Auswirkungen auf Ärzte und Patienten sind zunächst nicht zu erwarten.

- » Die Politik will hiermit deutlich machen, dass sie die Problematik langer Wartezeiten erkannt hat.

### Ambulante Kodierrichtlinien werden nicht eingeführt

Die umstrittenen ambulanten Kodierrichtlinien sollten die Dokumentation von Erkrankungen vereinheitlichen. Da die Ärzteschaft zusätzliche Bürokratie fürchtete, wird von einer Umsetzung abgesehen.

## Fazit:

- » Flexiblere Möglichkeiten für KVen und staatliche Gremien, um Versorgung sicherzustellen.
- » Moderat positive Honorarentwicklung für Vertragsärzte und -zahnärzte.