

Das Versorgungsstrukturgesetz in der Praxis

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung hat sich die Bundesregierung mit dem im Januar in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz zum Ziel gesetzt. Wir stellen die Regelungen im Detail vor.

von Dirk Schulenburg

Seit Beginn des Jahres ist das „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (*GKV-Versorgungsstrukturgesetz; GKV-VStG; BGBI. Teil I Nr. 70 v. 28. Dezember 2011, S. 2983ff.*) in Kraft. Handlungsbedarf sieht der Gesetzgeber aufgrund der zunehmenden Alterung, der Zunahme chronischer Erkrankungen sowie der Multimorbidität der Bevölkerung. Trotz steigender Arztzahlen gibt es in einigen Regionen Versorgungsengpässe. Das Durchschnittsalter der Ärzteschaft ist hoch. Das ärztliche Berufsbild hat sich mit einem zunehmenden Interesse an Teilzeittätigkeiten und dem Wunsch nach einer ausgewogenen „work-life-balance“ verändert.

Ziel des Gesetzes ist die Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung. Die Bedarfsplanung soll sich an den Versorgungsbedürfnissen der Patienten orientieren. Die ärztliche Tätigkeit soll attraktiver werden. Das System der vertragsärztlichen Vergütung soll mehr Flexibilität und regionalen Bezug erhalten. Die Leistungssektoren sollen besser verzahnt werden. Die wettbewerblichen Instrumente zur Steigerung von Qualität und Effizienz der Versorgung sollen gestärkt werden.

Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Der Gesetzgeber hält an der bekannten Systematik der Bedarfsplanung fest. Die Bedarfsplanung soll nicht grundlegend neu konzipiert, aber zielgerichtet weiterentwickelt werden. Die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mit bundesweiter Gel-

tung und räumlich definierten Planungsbereichen mit jeweils arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen bleibt erhalten. Die derzeit den Stadt- und Landkreisen entsprechenden Planungsbereiche sollen aber so gestaltet werden, dass eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet ist. Je nach Bedeutung der Wohnortnähe der Versorgung kann nach Arztgruppen differenziert werden. Dabei sollen alle Ärzte, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen – insbesondere auch Ärzte in Krankenhäusern (Ermächtigte) – in die Bedarfsplanung einbezogen werden. Bei den Beschlüssen zu den Bedarfsplanungsrichtlinien des G-BA erhalten die Bundesländer ein Mitberatungsrecht. Bei der Erstellung des Bedarfsplanes kann von der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten abgewichen werden. Zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen kann auf Landesebene ein Gremium gebildet werden („Gemeinsames Landesgremium“).

Sonderbedarf als Steuerungsinstrument

Sonderbedarfszulassungen, also die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze trotz bestehender Überversorgung, sind auch weiterhin möglich. Dies gilt wie bisher sowohl für einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf als auch für bestimmte Leistungsbereiche bei qualifikationsbezogenem Sonderbedarf. Ziel ist es, die Erteilung von Sonderbedarfszulassungen als Instrument zur Feinsteuerung der Versorgung funktions-tüchtiger auszugestalten.

Abbau von Überversorgung

Zum Abbau von Überversorgung entscheidet der Zulassungsausschuss über die Einleitung eines Nachbesetzungsverfahrens. Die Nachbesetzung kann abgelehnt werden, wenn sie aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Bei Stimmengleichheit im Zulassungsausschuss ist einem Antrag auf Ausschreibung – abweichend von der bisherigen Regelung – stattzugeben. Eine Anrufung des Berufungsausschusses hat der Gesetzgeber ausge-

schlossen. Der ausscheidende Arzt erhält von der Kassenärztlichen Vereinigung einen Preis in Höhe des Verkehrswertes. Diese Regelung greift nicht, wenn ein Verwandter des Arztes die Praxis übernehmen will oder der ausscheidende Arzt zuvor in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig war, die durch die Stilllegung des Arztsitzes benachteiligt wäre. In offenen Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 Prozent wird auch die Befristung von Zulassungen ermöglicht. Bei der Auswahlentscheidung im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens sind neben den bisherigen Kriterien auch eingetragene Lebenspartnerschaften ausdrücklich genannt. Außerdem werden bei der Auswahlentscheidung eine vorherige Tätigkeit in einem unterversorgten Gebiet sowie die Bereitschaft, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen, berücksichtigt. Diese Regelungen gelten allerdings erst mit der neuen Bedarfsplanung ab 1. Januar 2013.

Honorarkompetenz wieder bei KV

Das System der vertragsärztlichen Vergütung wird flexibilisiert und regionalisiert. Die KV erhält wieder die Kompetenz zur Honorarverteilung über einen Honorarverteilungsmaßstab. Die Vertragspartner auf regionaler Ebene erhalten mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung. Die Mengensteuerung wird für Ärztinnen und Ärzte, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind – insbesondere bei festgestellter Unterversorgung – ausgesetzt. Die KV hat die Möglichkeit, einen Strukturfonds einzurichten, um so finanzielle Anreize für eine Niederlassung zu setzen. Sowohl Kassenärztliche Vereinigungen wie kommunale Träger können sogenannte Eigen-einrichtungen betreiben.

Residenzpflicht entfällt

Eine weitere Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit erfolgt durch eine Ausrichtung der zeitlichen Grenzen von Nebenbeschäftigungen ausschließlich am Versorgungsauftrag (ortsübliche Sprechstundenzeiten). Die Residenzpflicht ent-

fällt, solange die organisierte Notfallversorgung nicht gefährdet wird. Bei Zweigpraxen ist es nicht erforderlich, dass die an weiteren Orten angebotenen Leistungen auch am Vertragsarztsitz angeboten werden. Geringfügige Beeinträchtigungen der Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes sind unbeachtlich – entscheidend ist, dass sich die Versorgung insgesamt verbessert.

Modellvorhaben zur Delegation

Die Möglichkeit der Delegation ärztlicher Leistungen mit dem Ziel der besseren Nutzung und Weiterentwicklung von Delegationsmöglichkeiten in der Regelversorgung wird im Rahmen von Modellvorhaben nach Inkrafttreten der Richtlinie des G-BA erprobt. Die Partner der Bundesmantelverträge werden beauftragt, bis Juli 2012 eine Liste delegationsfähiger Leistungen zu erstellen.

Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Die Möglichkeit, sich im zeitlichen Zusammenhang mit der Entbindung vertreten zu lassen, wird von sechs auf zwölf Monate verlängert. Die Beschäftigung von Entlastungsassistenten wird für die Erziehung von Kindern bis zu 36 Monaten, für die Pflege von Angehörigen bis zu sechs Monaten ermöglicht. Bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen werden Kindererziehungs- und Pflegezeiten, durch die eine ärztliche Tätigkeit unterbrochen wurde, fiktiv berücksichtigt.

Neue Ebene: Fachärztliche Spezialversorgung

Mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgung bei Erkrankungen und Leistungen mit einem besonderen spezialfachärztlichen Versorgungsbedarf und einer besseren – sektorenübergreifenden – Verzahnung der fachärztlichen Versorgung soll stufenweise ein eigenständiger Versorgungsbereich etabliert werden. Im Rahmen der spezialfachärztlichen Versorgung sollen schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen und seltene Erkrankungen behandelt sowie hochspezialisierte Leistungen erbracht werden. Die Ausgestaltung dieses Versorgungsbereiches erfolgt durch Richtlinien des G-BA im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben bis 31. Dezem-

ber 2012. Dabei gilt für niedergelassene Vertragsärzte und Krankenhäuser, die die Voraussetzungen erfüllen, freier Zugang. Es sollen einheitliche medizinisch-inhaltliche Anforderungen (persönlich, sachlich, Überweisung durch Vertragsarzt, Kooperationsvertrag mit Niedergelassenen) und Qualitätssicherungsregeln gelten. Die Vergütung erfolgt vorläufig nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) unmittelbar durch die Krankenkassen. Vertragsärzte können die KV gegen Aufwendersatz mit der Abrechnung beauftragen. Die Bereinigung der Gesamtvergütung wird nicht zu Lasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung erfolgen. Mittelfristig soll eine leistungs- und diagnosebezogene Vergütungssystematik und -kalkulation unter Berücksichtigung der jeweiligen sektorenspezifischen Investitionsbedingungen gelten.

MVZ unter ärztlicher Regie

Die Bestimmungen über Medizinische Versorgungszentren (MVZ) wurden mit dem Ziel einer Stärkung der Freiberuflichkeit der vertragsärztlichen Tätigkeit modifiziert. Der ärztliche Leiter eines MVZ muss deshalb selbst in diesem ärztlich tätig sein. Die Gründung darf nur durch Vertragsärzte und Krankenhäuser erfolgen. Außerdem sind Erbringer nicht-ärztlicher Dialyseleistungen und gemeinnützige Trägerorganisationen gründungsberechtigt. Bestehende Einrichtungen haben Bestandsschutz. Die zulässigen Rechtsformen für MVZ werden auf Personengesellschaften, Genossenschaften und GmbH beschränkt. Bei der Auswahlentscheidung im Rahmen der Praxismachfolge ist der Zulassungsausschuss verpflichtet, freiberuflich tätigen Vertragsärzten den Vorrang zu geben.

Erweiterung des Zuweisungsverbotes

Eine unzulässige Zuwendung an Vertragsärzte besteht zukünftig auch dann, wenn Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern erzielt werden, deren Höhe die Vertragsärzte durch ihr Ordnungs- und Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen. Zudem hat der Gesetzgeber ein Verbot der Beeinflussung von Versicherten zur Inanspruchnahme privatärztlicher Versorgung anstelle der ihnen zustehen-

den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Die gemeinsame Berufsausübung, bezogen auf einzelne Leistungen, ist nur zulässig, sofern diese nicht einer Umgehung des Verbotes der Zuweisung von Versicherten gegen Entgelt oder sonstigen wirtschaftlichen Vorteilen dient.

Neues Entlassmanagement

Die Krankenhausbehandlung umfasst künftig auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die – ausdrücklich auch fachärztliche – Anschlussversorgung nach der Krankenhausbehandlung. Der Sicherstellungsauftrag der KV umfasst auch den angemessenen und zeitnahen Zugang zur fachärztlichen Versorgung. In den Gesamtverträgen ist zu regeln, welche Zeiten im Regel- und im Ausnahmefall noch eine zeitnahe ärztliche Versorgung darstellen. Den Notdienst kann die KV auch durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherstellen. Die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Vertragsärzten im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung und bei ambulanten Operationen im Krankenhaus wird flexibler gestaltet. Bei der Ausgründung von Privatkliniken gilt das Krankenhausentgeltgesetz. Für den ärztlichen Notfalldienst wird eine bundeseinheitliche Notdienstnummer geschaffen.

GOÄ-Novelle steht weiter aus

Das Versorgungsstrukturgesetz gibt den Rahmen vor, die konkrete Ausgestaltung obliegt der Selbstverwaltung. Eine eventuelle Verzögerung bis zur Bundestagswahl 2013 ist nicht auszuschließen. Daneben werden die Zulassungskriterien zum Medizinstudium und das Auswahlverfahren weiterentwickelt. Die Versorgung in der Fläche soll auch durch eine Vorabquote und die Einrichtung weiterer Lehrstühle für Allgemeinmedizin gefördert werden. Auf der Agenda des Gesetzgebers stehen zudem die Pflegeversicherung, das Patientenrechtegesetz, die Prävention, das Transplantationsgesetz sowie die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte.

Dr. iur. Dirk Schulenburg, MBA, ist Justiziar der Ärztekammer Nordrhein.