

8. November 2006

Informationspapier zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Ausgangslage

Anlass für das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) waren Beschlüsse des Deutschen Ärztetages und des Deutschen Zahnärztetages aus dem Jahre 2004 (ein entsprechender Beschluss des Deutschen Psychotherapeutentages folgte im Jahre 2006). Gegenstand dieser Beschlüsse sind jeweils - als Reaktion auf die in den letzten Gesundheitsreformgesetzen eingeleitete Flexibilisierung der ambulanten Versorgungsstrukturen - Lockerungen der bisherigen berufsrechtlichen Begrenzungen ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Berufsausübung. Um diese durch die neuen (Muster-)Berufsordnungen geschaffenen Spielräume für die Berufsausübung der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten auch im vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Alltag wirksam werden zu lassen, werden mit dem VÄndG die entsprechenden Regelungen des Vertrags(zahn)arztrechts im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und in den Zulassungsverordnungen der Ärzte und Zahnärzte mit gleichgerichteter Zielrichtung fortentwickelt werden.

Zudem zeichnete sich in jüngster Vergangenheit leider immer deutlicher ab, dass trotz einer bei globaler Betrachtung bundesweit ausreichenden hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung in einigen Regionen, insbesondere in den neuen Ländern, die Gefahr regionaler Versorgungslücken besteht. Deshalb werden mit dem VÄndG – neben der erwähnten Liberalisierung und Flexibilisierung des Vertragsarztrechts – zielgerichtete Regelungen zur Abmilderung regionaler Versorgungsprobleme getroffen.

Daneben hat sich bei der Umsetzung des im Januar 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetzes gezeigt, dass an verschiedenen Stellen gesetzlicher Klarstellungsbedarf besteht. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Voraussetzungen für die Gründung medizinischer Versorgungszentren. Auch hinsichtlich des Umfangs des Mitberatungsrechts der Patientenvertreterinnen und -vertreter in den Selbstverwaltungsgremien auf Bundes- und Landesebene werden vor Ort unterschiedliche Rechtsauffassungen vertreten. Zu-

dem stößt der Einzug der Praxisgebühr teilweise auf Schwierigkeiten. Diese Umsetzungshemmnisse gilt es zu beseitigen.

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz sind die Krankenkassen verpflichtet worden, ihre Verschuldung spätestens bis zum 31. Dezember 2007 abzubauen. Auch wenn auf dem Weg zum Abbau der Verschuldung schon erhebliche Fortschritte erzielt worden sind, verfügt doch ein Teil der Krankenkassen noch über Schulden in zum Teil erheblicher Höhe. Offenbar sind die Möglichkeiten einzelner Krankenkassen begrenzt, den Schuldenabbau aus eigener Kraft zu bewerkstelligen, ohne zugleich ihre Wettbewerbsfähigkeit zu verlieren. Auch die bislang vorhandenen Instrumente kassenarteninterner Finanzhilfen nach § 265a SGB V haben sich bislang als insgesamt nicht ausreichend erwiesen, um eine fristgerechte Entschuldung der Mitgliedskassen zu gewährleisten. Dies gilt insbesondere für das AOK System.

Liberalisierung und Flexibilisierung der vertrags(zahn)arztrechtlichen Berufsausübung

1. Verbesserung der Anstellungsmöglichkeiten

Derzeit können Vertragsärzte¹ einen ganztags beschäftigten Arzt oder zwei halbtags beschäftigte Ärzte desselben Fachgebiets anstellen. Da der anstellende Vertragsarzt jedoch auch gemeinsam mit einem von ihm beschäftigten Arzt seinen bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreiten darf (er muss sich gegenüber dem Zulassungsausschluss zu einer entsprechendem Leistungsbegrenzung verpflichten), ist das Instrument der Anstellung für die meisten Praxisinhaber wenig interessant. Künftig können Vertragsärzte nicht nur auch Ärzte mit anderen Facharztbezeichnungen sowie mit individueller Arbeitszeitgestaltung anstellen. Auch die Leistungsbegrenzungen fallen weg, sofern Zulassungsbeschränkungen nicht entgegenstehen, d.h., das Gebiet, in dem der Arzt tätig ist, nicht wegen Überversorgung gesperrt ist.

2. Ermöglichung einer sog. Teilzulassung

Bislang geht der sich aus der Zulassung ergebende Versorgungsauftrag eines Vertragsarztes von einer vollzeitigen Tätigkeit aus, mit der Folge, dass ein Arzt, der für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in entsprechendem Maße zur Verfügung steht,

¹ Soweit hier und nachfolgend nur von Ärzten die Rede ist, gelten die Aussagen entsprechend für Zahnärzte und Psychotherapeuten.

als ungeeignet für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit angesehen wird. Künftig wird es die Möglichkeit geben, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer hauptberuflichen Tätigkeit zu beschränken (sog. Teilzulassung). Diese Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeit wird insbesondere zu einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie führen.

3. Gleichzeitige Tätigkeit in einer Arztpraxis und in einem Krankenhaus

Nach geltendem Recht ist es Vertragsärzten nicht möglich, sowohl in einem Krankenhaus als auch in einer Vertragsarztpraxis tätig zu sein. Mit Ausnahme einiger weniger von der Rechtsprechung anerkannten Fälle der nicht patientenbezogenen Tätigkeit führte eine Tätigkeit im Krankenhaus wegen einer vermuteten Interessenkollision zur Ungeeignetheit für die vertragsärztliche Tätigkeit. Zur besseren Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung wird eine Tätigkeit sowohl im Krankenhaus als auch in einer Arztpraxis künftig möglich sein. Gleiches gilt für eine gleichzeitige Tätigkeit in einem Krankenhaus und in einem medizinischen Versorgungszentrum (siehe hierzu auch unten Ausführungen zu den organisationsrechtlichen Regelungen für medizinische Versorgungszentren).

4. Erleichterung der Tätigkeit an weiteren Orten (sog. Zweigpraxen)

Die Möglichkeit für Vertragsärzte, außerhalb ihres Vertragsarztsitzes an weiteren Orten vertragsärztlich tätig zu sein, wird erweitert. Künftig wird es für eine Tätigkeit in einer sog. Zweigpraxis lediglich erforderlich sein, dass die Versorgung der Versicherten an dem Ort der Zweigpraxis verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird. Die Zweigpraxis kann zudem auch außerhalb des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung liegen, in dem der Vertragsarzt seinen Vertragsarztsitz hat. Daneben wird es möglich sein, dass die Tätigkeit in der Zweigpraxis mit Unterstützung von hierfür angestellten Ärzten erfolgt.

5. Bildung örtlicher und überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften

Alle vertragsärztlichen Leistungserbringer (und damit auch medizinische Versorgungszentren) können örtliche (mit einem gemeinsamen Vertragsarztsitz) und überörtliche (mit

mehreren Vertragsarztsitzen) Berufsausübungsgemeinschaften bilden, und zwar – wie bei der Tätigkeit in Zweigpraxen – auch über die Bezirksgrenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung hinweg.

Maßnahmen gegen regionale Versorgungsprobleme

Neben den dargelegten Maßnahmen zur Flexibilisierung und Liberalisierung der vertragsärztlichen Berufsausübung, die teilweise ebenfalls regionalen Versorgungsproblemen entgegenwirken können, sieht das VÄndG folgende Regelungen vor, die gezielt regionalen Versorgungsproblemen entgegenwirken sollen:

1. Aufhebung von Altersgrenzen

Die derzeit bestehende Altersgrenze von 55 Jahren für die Erstzulassung von Vertragsärzten wird aufgehoben. Künftig wird damit auch für einen Arzt, der das 55. Lebensjahr bereits vollendet hat und bislang beispielsweise in einem Krankenhaus tätig war, die Möglichkeit bestehen, sich niederzulassen.

Ebenfalls aufgehoben wird die Altersgrenze für das Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit. Anders als bei der Aufhebung der 55-Jahresregelung gilt dies jedoch nur für solche Ärzte, die in einem Planungsbereich tätig sind, für die der Landesausschuss eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat. Vertragsärzte sowie die in einem medizinischem Versorgungszentrum oder einer Vertragsarztpraxis angestellte Ärzte können damit in einem unterversorgten Gebiet auch nach Vollendung des 68. Lebensjahres weiter vertragsärztlich tätig sein, bis der Landesausschuss die Unterversorgungsfeststellung wieder aufgehoben hat.

2. Sonderregelungen bei lokalem Versorgungsbedarf

Es hat sich gezeigt, dass im Einzelfall auch in überversorgten Gebieten ein besonderer lokaler Versorgungsbedarf bestehen kann, dem mit den geltenden Vorschriften nicht ausreichend begegnet werden kann. Um einen solchen Versorgungsbedarf zu befriedigen, wird zum einen dem gemeinsamen Bundesausschuss aufgegeben, in Richtlinien zu regeln, in welcher Höhe bei der Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen Ausnahmen von der an sich bei einer Anstellung in überversorgten Gebieten bestehenden Leistungs-

begrenzung (s.o.) gemacht werden können. Zum anderen wird den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen auch an Vertragsärzte in nicht unterversorgten Gebieten ermöglicht, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.

3. Aufhebung von Vergütungsabschlägen in den neuen Ländern

Der bisher für Ärzte, Zahnärzte und nichtärztliche Psychotherapeuten geltende Vergütungsabschlag bei Privatbehandlungen wird aufgehoben. Mit dieser Aufhebung wird nicht nur die wirtschaftliche Situation der betroffenen Leistungserbringer verbessert. Die Aufhebung des Vergütungsabschlags beseitigt auch mittelbar Hemmnisse bei der Niederlassung in den neuen Ländern.

Beseitigung von Umsetzungshemmnissen

1. Organisationsrechtliche Regelungen für medizinische Versorgungszentren

Um entsprechende Unsicherheiten und daraus resultierende unterschiedliche Verfahrensweisen der Zulassungsausschüsse zu beseitigen, wird das Merkmal "fachübergreifend", das eine Gründungs- und Bestandsvoraussetzung für ein medizinisches Versorgungszentrum darstellt, in Anlehnung an die Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer konkretisiert. So werden künftig alle möglichen Kombinationen verschiedener Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen das Tatbestandsmerkmal "fachübergreifend" erfüllen. Eine Ausnahme von der Anknüpfung an das Weiterbildungsrecht erfolgt in der hausärztlichen Versorgung: Ärzte mit verschiedenen Facharztbezeichnungen, die der Arztgruppe der Hausärzte zugeordnet sind (z.B. Fachärzte zur Allgemeinmedizin und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die hausärztliche Versorgung gewählt haben), decken denselben Versorgungsbereich ab und können daher das gesetzgeberische Ziel der medizinischen Versorgungszentren, den Versicherten eine Versorgung aus einer Hand anzubieten, nicht umsetzen. Gleiches gilt für die für die Zusammenarbeit von überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten.

Darüber hinaus wird - entsprechend der oben dargelegten Ermöglichung einer gleichzeitigen Tätigkeit in einem Krankenhaus und einer Vertragsarztpraxis – klargestellt, dass ein Arzt sowohl in einem Krankenhaus als auch in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sein kann. Damit kann künftig von einem Zulassungsausschuss die Genehmigung einer Tätigkeit in einem medizinischen Versorgungszentrum nicht mehr mit der Begründung abgelehnt werden, der Arzt sei bereits im Krankenhaus tätig und damit ungeeignet für eine vertragsärztliche Tätigkeit. Auch diese Klarstellung verfolgt das Ziel, eine bessere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu erreichen. Einem Krankenhaus, das Träger eines medizinischen Versorgungszentrums ist, wird es damit möglich sein, die personellen Ressourcen optimal zu nutzen, indem es das ärztliche Personal sowohl im Krankenhaus als auch im medizinischen Versorgungszentrum einsetzt.

2. Verbesserung der Patientenbeteiligung

Da zum Umfang des Mitberatungsrechts der Patientenvertreterinnen und -vertreter in den Selbstverwaltungsgremien auf Bundes- und Landesebene in der Praxis unterschiedliche Rechtsauffassungen vertreten werden, wird klargestellt, dass das im GKV-Modernisierungsgesetz zur Sicherung der Patientenbeteiligung eingeführte Mitberatungsrecht der Patientenvertreterinnen und -vertreter das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung umfasst. Außerdem wird die finanzielle Absicherung der Patientenbeteiligung in den Selbstverwaltungsgremien durch die Einführung einer Aufwandsentschädigung verbessert.

3. Verbesserung des Einzugs der Praxisgebühr

Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wird die Möglichkeit eingeräumt, den Anspruch auf die Praxisgebühr durch Verwaltungsakt gegenüber den Versicherten geltend zu machen, wenn diese trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht zahlen. Bislang bestand nur die Möglichkeit, bei entsprechender Verweigerung unmittelbar Klage zu erheben. Von einer solchen Klage wurde regelmäßig Abstand genommen, weil die Kassenärztliche bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigung auch im Falle des Obsiegens eine Pauschalgebühr in Höhe von 150 Euro zahlen muss, während für den Versicherten der Grundsatz der Kostenfreiheit vor den Sozialgerichten gilt. Aus diesem Grund enthält das VÄndG auch eine entsprechende

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes, die es dem Sozialgericht ermöglicht, dem Versicherten die Gerichtskosten aufzuerlegen, wenn er ohne triftige Gründe, d.h. missbräuchlich gegen den Verwaltungsakt klagt. Die Änderung führt damit zu mehr Gerechtigkeit, weil mit ihr auch die - wenn auch nur sehr wenigen – schwarzen Schafe zur Zahlung der Praxisgebühr herangezogen werden.

Regelung zur Entschuldung der Krankenkassen

Durch die Neufassung des § 265a SGB V im Rahmen des VÄndG werden die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, bis zum 31. Januar 2007 in ihren Satzungen Regelungen vorzusehen, die eine Entschuldung der Krankenkassen ihrer Kassenart durch finanzielle Hilfen der übrigen Krankenkassen der Kassenart bis zum 31. Dezember 2007 sicherstellen. Kann ein Spitzenverband begründet darlegen, dass auf Grund von besonderen Umständen bei Krankenkassen seiner Kassenart eine Entschuldung nicht bis zum 31. Dezember 2007 möglich ist, verlängert sich der Entschuldungszeitraum bis zum 31. Dezember 2008. Eine termingerechte Entschuldung der noch verschuldeten Krankenkassen ist auch deshalb erforderlich, damit bei Einführung der neuen Finanzierungsstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2009 alle Krankenkassen schuldenfrei in das neue Wettbewerbssystem starten können.

Die entsprechenden Satzungsbestimmungen können mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder des Spitzenverbands gefasst werden. Hierdurch werden die Möglichkeiten der Spitzenverbände, eine entsprechende Meinungsbildung innerhalb der Kassenart herbeizuführen, erleichtert und Blockademöglichkeiten einzelner Verbandsmitglieder ausgeschlossen. Bislang hat die Mehrheitsregelung dazu geführt, dass entsprechende Finanzmittel insbesondere bei den AOK'en nur in unzureichender Weise zur Verfügung gestellt wurden.

Um eine Überforderung der an der Finanzierung der Hilfen beteiligten Krankenkassen zu vermeiden, muss die Satzung des Spitzenverbands Vorgaben enthalten, inwieweit eine verschuldete Krankenkasse ihre Schulden durch Eigenleistungen tilgen muss. Außerdem muss bei der Regelung der Aufbringung der Mittel die Leistungsfähigkeit der finanzierenden Krankenkassen angemessen berücksichtigt werden. Hierzu gehören insbesondere der allgemeine Beitragssatz dieser Krankenkassen im Verhältnis zum durchschnittlichen Beitragssatzniveau der Kassenart und die Höhe der Finanzreserven.