

# LANDÄRZTEgesetz!?

**Der Deutsche Bundestag hat am 1. Dezember 2011 in 2. und 3. Lesung das Versorgungsstrukturgesetz beschlossen. Es ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten.**

Das Gesetz führt die Honorarverteilung wieder auf die Landesebene und hier auf die Kassenärztlichen Vereinigungen zurück. Die KVN wird im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einen Honorarverteilungsmaßstab aufstellen. Damit werden die regionalen Gestaltungsspielräume größer. Allerdings erhält die KVN durch die Regionalisierung nicht alle Freiheiten. Im Zuständigkeitsbereich der KBV liegen Vorgaben zur Mengengrenzung und Vergütung psychotherapeutischer Leistungen. Diese müssen in Richtlinien festgelegt werden.

Außerdem gibt es im Gesetz eine Regelung, wonach gesonderte Vergütungsregelungen für Netze als Teil der morbiditätsgewichteten Gesamtvergütung vorgesehen werden können. Voraussetzung ist, dass das Netz einer Verbesserung der ambulanten Versorgung dient und von der KVN anerkannt ist. Hierzu wird die KBV im Einvernehmen mit dem Spitzenverband der Krankenkassen Kriterien und Qualitätsanforderungen zu bestimmen haben.

Schließlich wird die KBV im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Vorgaben zur Festlegung der Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung bestimmen. Die Trennung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Vergütungsanteil bleibt damit auf der Bundesebene.

An die Stelle des bisherigen § 116b SGB V tritt eine neu konzipierte ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Die strenge sektorale Aufteilung der GKV-Versorgung soll „aufgeweicht“ werden. Um ein Ineinandergreifen von stationä-

rer und ambulanter Versorgung zu gewährleisten, soll dazu schrittweise für besonders schwere oder seltene Erkrankungen ein sektorenverbindender Versorgungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eingeführt werden. Es wird drei Bereiche mit konkret benannten Erkrankungen geben. Zum Einen handelt es sich um schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bei verschiedenen Krankheitsbildern, zum Anderen um seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen und schließlich um hochspezialisierte Leistungen. Die ambulanten Operationen und sonstigen stationärsersetzenden Eingriffe aus dem Katalog nach § 115 b SGB V fallen nicht in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Dies war ursprünglich geplant.

Teilnahmeberechtigt an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und zugelassene Krankenhäuser. Voraussetzung ist, dass diese die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegenden Anforderungen erfüllen. Hierzu gehören auch abgestufte Kooperationsregelungen zwischen Niedergelassenen und Krankenhäusern. Die Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung ist gegenüber dem um die Krankenhausgesellschaft erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anzuzeigen. Dieses Verfahren kann jedoch erst dann beginnen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die konkretisierenden Vorgaben in einer Richtlinie festgelegt hat. Hierzu ist er gesetzlich bis zum 31. Dezember 2012 verpflichtet.

Die Abrechnung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erfolgt unmittelbar durch die Krankenkassen, wobei vertragsärztliche Leistungserbringer gegen Aufwendungsersatz die KVN mit der Abrechnung beauftragen können. Die Kalkulationssystematik wird noch zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der

Foto: lejou/pixello



Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KBV zu vereinbaren sein. In der Zwischenzeit werden die Leistungen nach einem anzupassenden EBM vergütet. Schließlich wird es für die morbiditätsgewichtete Gesamtvergütung eine Bereinigung nach Vorgaben des Bewertungsausschusses geben.

Das Ausschreibungsverfahren von Vertragsarztsitzen in überversorgten Planungsbereichen wird geändert. Der paritätisch mit Kassenvertretern und Arztvertretern besetzte Zulassungsausschuss wird über einen Antrag des Vertragsarztes (bzw. seinem Erben) zur Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens abzustimmen haben. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Dies hat zur Folge, dass die Kassenärztliche Vereinigung dem Vertragsarzt (bzw. seinem Erben) eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der alten Praxis zu zahlen hat.

Die KVN erhält die Berechtigung, zur Finanzierung von Fördermaßnahmen in unterversorgten Gebieten einen Strukturfonds zu bilden, für den bis zu 0,1 Prozent der Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt werden können. Sofern die KVN einen Strukturfonds bildet, haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. Damit werden auch die Kassenverbände an der Finanzierung von Maßnahmen zur Beseitigung der Unterversorgung finanziell beteiligt. Das Land Niedersachsen erhält mehr Mitwirkungsrechte bei der Bedarfsplanung. Damit sollen künftig regionale Besonderheiten besser berücksichtigt werden.

Die Zulassungsregelungen für medizinische Versorgungszentren (MVZ) werden modifiziert. Die MVZ-Gründungsbezeichnung ist auf Vertragsärzte und Krankenhäuser sowie gemeinnützige Trägerorganisationen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, beschränkt worden. Die Leitung der medizinischen Versorgung des MVZ muss zukünftig in ärztlicher Hand liegen. Dabei muss die ärztliche

Leiterin bzw. der ärztliche Leiter in dem MVZ selbst tätig sein und darf in medizinischen Fragen keinen Weisungen unterliegen. Zum Schutz der Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit erhalten Ärztinnen und Ärzte, die sich in überversorgten und damit gesperrten Planungsbereichen auf einen frei werdenden Vertragsarztsitz niederlassen wollen, unter bestimmten Voraussetzungen einen Vorrang gegenüber Medizinischen Versorgungszentren.

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll ein transparenteres, nachvollziehbareres Verfahren bei der Besetzung der unparteiischen Mitglieder bekommen.

Der Ausbau der Telemedizin im ländlichen Raum soll durch eine bessere Vergütung gefördert werden. Es sollen - wo immer möglich - weitere Entbürokratisierungen und Deregulierungen im Gesundheitswesen vorgenommen werden. Beispiele hierfür sind:

- ▶ Die Verpflichtung zur Vereinbarung ambulanter Kodierrichtlinien entfällt.
- ▶ Bei den Richtgrößen gilt das Motto „Beratung vor Regress“.
- ▶ Versicherte erhalten den Anspruch, notwendige Heilmittelbehandlungen bei Bedarf langfristig genehmigen zu lassen. Solche Behandlungen unterliegen nicht mehr den Wirtschaftlichkeitsprüfungen.
- ▶ Im Bereich der DMP gibt es Entlastungen bei der Zulassung und Durchführung solcher Programme. Die Regelungskompetenz für die Inhalte der DMP wird vom Bundesministerium für Gesundheit auf den Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen. Damit sollen Vorgaben zur evidenzbasierten und strukturierten Behandlung im Rahmen der DMP schneller und flexibler in der Fläche implementiert werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet, für einen angemessenen und zeitnahen Zugang zur fachärztlichen Versorgung zu sorgen.

● KVN

