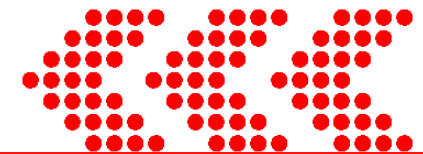


Die Neuregelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG)

Vollversammlung der Berliner Vertragsärzte
07.12.2006





I. Stand des Gesetzgebungsverfahrens

Der Gesetzentwurf des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes – VÄndG wurde vom Bundestag am 27.10.2006 in 2. und 3. Lesung beraten und mit 385 zu 111 Stimmen, bei 44 Enthaltungen, angenommen.

Der Bundesrat hat am 24.11.2006 das Gesetz passieren lassen. Lediglich die Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt steht noch aus.

Das Gesetz tritt am 01.01.2007 in Kraft.



II. Gegenstand der Regelungen des VÄndG

Die wesentlichen Regelungen des VÄndG beziehen sich auf das SGB V und die Zulassungsverordnung.

Im Mittelpunkt steht die Änderung zulassungsrechtlicher Fragen im Zusammenhang mit der Liberalisierung des ärztlichen Berufsrechtes.

Ergänzend sollen weitere Bestimmungen geändert werden, die aus Sicht der Bundesregierung die Sicherstellung verbessern sollen.



III. Änderungen im Zusammenhang mit der Liberalisierung des ärztlichen Berufsrechtes

1. Angestellte Ärzte

§ 95 Abs. 9 SGB V/VÄndG eröffnet die Möglichkeit, Ärzte, auch fachfremde, in ihrer Praxis anzustellen. Die Anstellung ist vorbehaltlich der Bedarfsplanung, der Eintragung in das Arztregister und der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss.

Zu dem Umfang möglicher Anstellungen sagt das Gesetz nichts.

§ 32 Abs. 1 b) Ärzte-ZV/VÄndG enthält lediglich die Aussage, dass eine Anstellung unter den zuvor genannten Bedingungen möglich ist und in den Bundesmantelverträgen einheitliche Regelungen über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Ärzte unter Berücksichtigung der Versorgungspflicht des anstellenden Arztes zu treffen sind.



Gemäß § 14a BMV-Ä –Entwurf (voraussichtlich 01.07.2007) - muss der Arzt die Arztpraxis persönlich leiten.

Eine persönliche Leitung ist gewährleistet, wenn je Vertragsarzt nicht mehr als 3 vollzeitbeschäftigte Ärzte oder bis zu 6 teilzeitbeschäftigte Ärzte angestellt werden.

Bei einer Zulassung mit nur hälftigen Versorgungsauftrag im Sinne von § 19a Ärzte-ZV/VÄndG ist die persönliche Leitung der Arztpraxis bei 2 vollzeitbeschäftigten oder bis zu 4 teilzeitbeschäftigten Ärzten noch gewährleistet.



Die Beschäftigung von Ärzten eines fremden Fachgebiets ist nicht möglich, wenn der angestellte Arzt einer Fachgruppe angehört, die nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann (Pathologen, Laborärzte, Mikrobiologen, Radiologen) oder

der anstellende Arzt selbst in einem überweisungsgebundenen Fachgebiet tätig ist.



Eine weitere Neuregelung ist in § 95 Abs. 9a SGB V/VÄndG zu sehen. Danach kann ein Hausarzt unabhängig von der Bedarfsplanung einen Hochschullehrer für Allgemeinmedizin oder deren wissenschaftlichen Mitarbeiter, der mindestens halbtags in der Hochschule angestellt oder beamtet ist, in seiner Vertragsarztpraxis anstellen.

Klarstellend enthält § 77 Abs. 3 SGB V/VÄndG die Regelung, dass eine Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung nur bei einer mindestens Halbtagsanstellung begründet wird. Ein entsprechender Hinweis fehlt für Anstellungen in MVZ.



2. Zweigpraxis

§ 24 Abs. 3 Ärzte-ZV/VÄndG enthält folgende Regelung:

Vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten sind zulässig, wenn und soweit dies die Versorgung der Versicherten an einem weiteren Ort verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.

Zuständig für die Genehmigung einer Zweigpraxis innerhalb eines Zuständigkeitsbereiches einer KV ist die Kassenärztliche Vereinigung.

Für eine Zweigpraxis in einem weiteren KV-Bezirk ist eine Ermächtigung beim Zulassungsausschuss des zusätzlichen KV-Bezirkes zu beantragen.



3. „Halbtagszulassung“

In diesem Zusammenhang ist eine weitere Neuregelung zu sehen.

§ 95 Abs. 3 SGB V und § 19 a Abs. 2 Ärzte-ZV/VÄndG sehen die Einführung einer „Halbtagszulassung“ vor. Zu diesem Zweck kann ein Vertragsarzt durch Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss den Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränken.

Die „Halbtagszulassung“ wird in der Bedarfsplanung berücksichtigt. Aus diesem Grund ist für die Rückkehr zur Vollzulassung zu beachten, ob Zulassungsbeschränkungen bestehen.

Korrespondierend dazu ist die hälftige Entziehung, § 95 Abs. 6 SGB V/VÄndG, und das hälftige Ruhen, § 95 Abs. 5 SGB V/VÄndG, im Gesetz vorgesehen.



Folgen von Beschränkung auf hälftigen Versorgungsauftrag

Praktisch bedeutsam ist insbesondere die Frage, ob die „freiwerdende Hälfte“ veräußerungsfähig ist.

Variante 1:

Keine Verkehrsfähigkeit, bei Zulassungsbeschränkungen führt die Beschränkung zur Abschmelzung der Überversorgung.

Variante 2:

Sind Zulassungsbeschränkungen nicht angeordnet, kann „die freiwerdende Hälfte“ an einen Arzt weitergegeben werden, der dann einen Zulassungsantrag stellt.



§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V / VÄndG enthält als Folgeregelung, dass der Verteilungsmaßstab Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes entsprechend seines Versorgungsauftrages nach § 95 Abs. 3 Satz 1 vorzusehen hat.

-> Änderungsvorschlag für den Honorarverteilungsmaßstab mit Individualbudgets (z.B. der Honorarverteilungsvertrag in Berlin)

Bei einer Beschränkung des Versorgungsauftrages nach § 19 a Ärzte-ZV oder einer hälftigen Entziehung gem. § 95 Abs. 6 SGB V bzw. hälftigen Ruhen gem. § 95 Abs. 5 SGB V wird das Individualbudget mit der Maßgabe einer Wachstumsmöglichkeit auf die Hälfte des Fachgruppendurchschnittes halbiert.



4. Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

§ 33 Abs. 2 Ärzte-ZV/VÄndG sieht vor, dass überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften **mit allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern** gebildet werden können.

Zulässig ist die gemeinsame Berufsausübung auch auf einzelne Leistungen (Teilgemeinschaftspraxis). Bezogen auf einzelne Leistungen ist diese unzulässig zur Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen mit überweisungsberechtigten Ärzten.



§ 33 Abs. 3 Ärzte-ZV / VÄndG weist der überörtlichen und zugleich KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft das Recht zu, für die gesamte Abrechnung einschließlich der Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen eine Kassenärztliche Vereinigung auszuwählen. An diese Wahl ist die Gemeinschaft zwei Jahre lang gebunden. Einzelheiten sind in den Bundesmantelverträgen zu regeln.

Gem. § 75 Abs. 7 SGB V / VÄndG erhält die KBV eine Richtlinienkompetenz für die Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung sowie Disziplinarverfahren bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften.

IV. Sonstige Änderungen des Zulassungsrechts

1. Medizinische Versorgungszentren

Das Merkmal der fachübergreifenden Tätigkeit wird in § 95 Abs. 1 SGB V / VÄndG definiert, nachdem sich eine uneinheitliche Spruchpraxis der Zulassungsgremien entwickelt hatte. Grundsätzlich ist für das Merkmal der fachübergreifenden Tätigkeit die Gebietsbezeichnung des Weiterbildungsrechts. Ausnahmen:

- Hausärzte sind nicht fachübergreifend
- Psychotherapeuten (ärztliche und nichtärztliche) sind nicht fachübergreifend
- Hausarzt- und Facharztinternist sind fachübergreifend
- Gebietsärzte einer Fachgruppe sind fachübergreifend, wenn unterschiedliche Schwerpunktbezeichnungen geführt werden (Kardiologie und Rheumatologie)

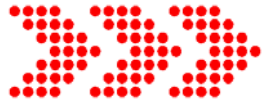


Bei der Gründung eines MVZ in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts (z.B. GmbH) ist nunmehr eine selbstschuldnerische Bürgschaft abzugeben, § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V / VÄndG.

Bei Verlust der Gründereigenschaft ist diese innerhalb von sechs Monaten wieder herzustellen, um eine Entziehung der Zulassung zu verhindern.

Die Altersgrenze von 68 Jahren gilt wie bei Vertragsärzten. Zur Angleichung endet nun die Anstellung mit Ablauf des Quartals, in dem der angestellte Arzt das 68. Lebensjahr vollendet hat.

Die Privilegierung von angestellten Ärzten, die die Gründung oder Erweiterung des MVZ's ermöglicht haben entfällt. Damit erhält der ab 01.01.2007 Angestellte nach fünf Jahren Tätigkeit keine bedarfsunabhängige Zulassung mehr.



2. Altersgrenzen

Die Altersgrenze von 55 Jahren nach § 25 Ärzte-ZV wird ab dem 01.01.2007 aufgehoben. .

Bei festgestellter Unterversorgung gilt die Altersgrenze von 68 Jahren nicht, solange die Unterversorgung fortbesteht (§ 95 Abs. 7 Satz 8 und 9 SGB V / VÄndG). Bei Aufhebung der Unterversorgungsfeststellung endet die Zulassung spätestens 1 Jahr nach Aufhebung der Feststellung der Unterversorgung (§ 95 Abs. 7 S. 9 SGB V)

Zuständig für die Feststellung ist der Landesausschuss Ärzte-Krankenkassen.



3. Lokaler Versorgungsbedarf, § 100 Abs. 3 SGB V

Hierfür sind zunächst durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Kriterien in den Bedarfsplanungsrichtlinien aufzunehmen. Anhand dieser Kriterien hat der Landesausschuss Ärzte-Krankenkassen über den lokalen Versorgungsbedarf zu entscheiden. Stellt er diesen fest, werden die engen Zuwachsbegrenzungen beim Job-Sharing gelockert (§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V).

Zusätzlich ist vorgesehen, § 105 SGB V dahingehend zu ändern, dass die KV Sicherstellungszuschläge auch bei einem festgestellten lokalen Versorgungsbedarf zahlen kann.



4. Vereinbarkeit von Zulassung und Krankenhausstätigkeit

Bislang ist die Tätigkeit im Krankenhaus mit der Zulassung nicht vereinbar. Nach der Rechtsprechung des BSG liegt eine Interessenkollision vor.

§ 20 Abs. 2 Ärzte-ZV / VÄndG legt fest, dass die Tätigkeit in einem Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einer Reha-Einrichtung nach § 111 SGB V mit der Zulassung vereinbar ist. Damit wird den Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet, Vertragsärzte in Teilzeit oder Krankenhausärzte z.B. in von ihnen gegründeten Medizinischen Versorgungszentren anzustellen.

Nicht umfasst vom § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV / VÄndG ist die Tätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Beratungseinrichtungen.



Aber Achtung:

Die 13-Stunden-Regelung aus dem Urteil des BSG gilt bei Vollzulassungen im Sinne des § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV/VÄndG weiter!

Nur der Vertragsarzt mit der auf den hälftigen Versorgungsauftrag beschränkten Zulassung kann mehr als 13 Stunden in einem Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einer Reha-Einrichtung nach § 111 SGB V arbeiten.



5. Gebührenerhöhung

Die schon lange nicht mehr kostendeckenden Gebühren nach der Zulassungsverordnung werden vervierfacht. Danach fallen für:

- die Arztregistereintragung 100,- €
- den Zulassungsantrag 100,- €
- sonstige Anträge zur Beschlussfassung des Zulassungsausschusses 120,- €
- beim Widerspruchsverfahren 200,- € und
- bei unanfechtbar gewordener Zulassung 400,- € an.



6. Streichung der Bedarfszulassung

§ 102 SGB V ist gestrichen worden, nachdem der Gesetzgeber seit 1992 nicht in der Lage war, diesen sich selbst gestellten Auftrag umzusetzen.

7. Begründungspflicht bei Widersprüchen im Zulassungsrecht

Das Zulassungsrecht enthielt bisher die Besonderheit, dass Widersprüche innerhalb der Monatsfrist zu begründen waren. Diese Begründungspflicht wird gestrichen.



8. Patientenbeteiligung

Den Patientenvertretern werden zusätzliche Rechte eingeräumt. Vorgesehen ist, dass ihr Mitberatungsrecht auch das Recht zur Anwesenheit zur Beschlussfassung beinhaltet. Dementsprechend sind Änderungen der Zulassungsverordnung vorgesehen:

- **§ 36 Abs. 2 Ärzte-ZV / VÄndG** (Patientenvertreter unter Einhaltung einer Frist von 2 Wochen unter Angabe der Tagesordnung zu laden)
- **§ 41 Abs. 1 Ärzte-ZV / VÄndG** (Patientenvertreter haben das Recht auf Anwesenheit bei der Beschlussfassung)
- **§ 41 Abs. 5 Ärzte-ZV / VÄndG** (Patientenvertreter erhalten eine Abschrift des Beschlusses)
- **§ 42 Ärzte-ZV / VÄndG** (Patientenvertreter erhalten eine Abschrift der Niederschrift der Tagesordnungspunkte, an denen sie mitgewirkt haben).



Patientenvertreter sollen für ihren Aufwand angemessen entschädigt werden. In § 140 f Abs. 5 SGB V ist vorgesehen, die Reisekostenvergütung um den Ersatz des Verdienstaufalles in entsprechender Anwendung des § 41 Abs. 2 SGB IV und einen Pauschalbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) für jeden Kalendertag einer Sitzung zu ergänzen.



V. Verträge zur integrierten Versorgung

Der Abzug aus der Gesamtvergütung in Höhe von 1 % wird um zwei Jahre bis 2008 verlängert.



VI. Praxisgebühr

§ 43 b Abs. 2 SGB V / VÄndG enthält in seinen neuen Sätzen 3 bis 5 die Regelung, dass die KV nunmehr gegenüber den Versicherten der GKV Verwaltungskate zum Einzug der Praxisgebühr erlassen kann. In diesen Fällen findet ein Vorverfahren nicht statt. Im Bundesmantelvertrag können abweichende Regelungen getroffen werden.

§ 192 Abs. 1 a SGG / VÄndG sieht die Möglichkeit vor, den Patienten die Kosten aufzuerlegen, wenn die Klage rechtsmissbräuchlich ist und die Patienten hierauf im Bescheid der KV hingewiesen wurden. Greifen die Patienten die Praxisgebühr an sich an oder berufen sie sich in ihrer Klage auf Ausnahmetatbestände, die im Gesetz nicht genannt sind, soll nach der Gesetzesbegründung Rechtsmissbräuchlichkeit gegeben sein. In den übrigen Fällen dürfte das Kostenrisiko (150,- € pro Verfahren) bei der KV verbleiben.