

VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ

Unsichere Zeiten für Ärzte und deren Berater

von Dipl.-Volksw. Katja Nies (www.praxisbewertung-praxisberatung.com)

| Planungsunsicherheit bis hin zum „Stillstand der Rechtspflege“ bis zum 30.6.13, wie es Herr Prof. Rehborn als einer der Referenten auf dem 7. IWW-Kongress „Praxis Ärzteberatung“ in Bezug auf die Bedarfsplanung zugespielt, aber treffend formulierte, prägt viele der Beratungsfelder im laufenden Jahr 2013 im Zuge der Umsetzung der Vorgaben des Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG). Der Beitrag fasst wesentliche Ergebnisse zusammen. |

1. Erste praktische Erfahrungen aus 2012

Nach einem kurzen Rückblick sollen das Vergütungsrecht, die Auswirkungen des Zulassungsrechts und die Vertragsgestaltung im Vordergrund stehen.

1.1 Vergütungsrecht

Eines der Ziele der Honorarreform in 2009 war durch Einführung der RLV (je Arzt in EUR) eine bessere Planungs- und Kalkulationssicherheit für die Ärzte zu erreichen. Mit dem VStG 2012 wurden wieder mehr Kompetenzen auf die jeweiligen KVen der Landesebene zurückverlagert. Die RLV sind nun nicht mehr zwingend vorgeschrieben, gelten aber bis zu einer Entscheidung über den HWV (Honorarverteilungsmaßstab) weiter. Bei Berücksichtigung der Fallzahlen sind einige KVen dazu übergegangen, die Fallzahlen des Vorquartals desselben Jahres und nicht mehr die des gleichen Quartals des Vorjahres zu berücksichtigen. Besonderes Augenmerk sollte auf die „ungedeckelten“ Leistungen, die außerhalb der Morbi-GV vergütet werden, gerichtet werden (z.B. präoperative Diagnostik, postoperative Behandlung, ambulantes Operieren (Kap. 31), Leistungen nach § 115 b SGB V [wichtig auch mit Blick auf die Zusammenarbeit von Arzt und Krankenhaus und Vorbereitung für die ASV], Disease Management Programme, Hautkrebs-Screening, Hausarztverträge usw.

PRAXISHINWEIS | Der (Steuer-)Berater sollte seinen ärztlichen Mandanten dazu motivieren, sich sowohl seine BWA als auch seine Vergütungsabrechnung immer genau anzusehen, um agieren und nicht nur reagieren zu können, wenn es vielleicht schon zu spät ist bzw. Geld verschenkt wurde.

1.2 Auswirkungen des neuen Zulassungsrechts auf die Vertragsgestaltung

Das neue Zulassungsrecht wirkt sich in einer ganzen Reihe von Vertragsgestaltungen aus.

1.2.1 Bestandsschutz für „Alt-MVZ“

Seit dem 1.1.12 dürfen nur noch Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser und gemeinnützige Einrichtungen ein MVZ gründen. Hier ist zu konstatieren, dass es einen umfassenden Bestandsschutz aller vor dem 1.1.12 zugelassenen „Alt-MVZ“ gibt. Lediglich eine Ausnahme hiervon gibt es: Es erfolgt eine Zulassungsentziehung, wenn die Tätigkeit des ärztlichen Leiters im MVZ nicht binnen sechs Monaten nachgewiesen werden kann.

„Ungedeckelte“
Leistungen beachten

Einschränkungen
bei den Gründern
seit 1.1.12

1.2.2 Gründung von „Mini-MVZ“

Für die Gründung eines MVZ genügen hälftige Versorgungsaufträge (BSG 19.10.11, B 6 KA 23/11 R); d.h., es kann ein „Mini-MVZ“ gegründet werden, wenn sich zwei Ärzte mit verschiedenen Fachgebieten mit mindestens halbem Versorgungsauftrag zur Gründung eines MVZ entschließen. Allerdings müssen diese beiden Fachgebiete am Vertragsarztsitz des MVZ tätig sein, man kann kein überörtliches MVZ mit den zwei Fachgebieten gründen. Aber eine BAG zweier MVZ oder eine Filiale ist möglich (§ 33 Abs. 2, 3 Ärzte-ZV).

„Mini-MVZ“
sind möglich

1.2.3 Tätigkeit an weiteren Orten (Filiale/Nebenbetriebsstätte)

Im Gegensatz zu einer Entscheidung des BSG (9.2.11, B 6 KA 12/10) kommt es nicht mehr auf den einzelnen im MVZ tätigen Arzt an. Vielmehr ist es nun beim MVZ ausschlaggebend, dass das MVZ insgesamt zeitlich überwiegend am Vertragsarztsitz tätig ist (§ 24 Abs. 3 S. 3 Ärzte-ZV).

1.2.4 Anstellungsumwandlung

§ 95 Abs. 9b SGB V und § 32b Abs. 5 Ärzte-ZV: Eine genehmigte Anstellung nach Abs. 9 S. 1 ist auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragsarzt nicht zugleich bei der KV die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs. 4 SGB V, wird der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung.

Umwandlung
in eine
Zulassung

Gemäß Verwaltungspraxis kann im „Nachfolgeverfahren“ im Prinzip auch eine „leere“ (noch nicht untergegangene) Arztstelle ausgeschrieben werden. Die Ausschreibung muss aber innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Anstellung erfolgen (BSG 19.10.11, B 6 KA 23/11 R). Aber: Die Gesetzesbegründung und insbesondere der Wortlaut können jedoch auch eine andere Meinung rechtfertigen.

1.2.5 „Kooperationen mit Krankenhäusern“

Die Teilzulassung stellt eine interessante Gestaltungsmöglichkeit für die Einbindung von (Krankenhaus-)Ärzten in ein MVZ oder in eine Praxis niedergelassener Ärzte dar (§ 19a Ärzte-ZV).

Durch § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV möchte der Gesetzgeber eine Flexibilisierung und Ausweitung der Nebentätigkeit von Ärzten unterstützen bzw. erreichen: Nicht nur ein niedergelassener Vertragsarzt, sondern auch ein angestellter MVZ-Arzt kann einer anderweitigen ärztlichen Tätigkeit als angestellter Arzt, z.B. in einem anderen MVZ oder im Krankenhaus nachgehen.

Seit dem 1.12.12 können Krankenhäuser Vertragsärzte auch im Rahmen des ambulanten Operierens (§115b SGB V) und der prä- und postoperativen Leistungserbringung (§115a SGB V) einsetzen, ohne dass diese Angestellte des Krankenhauses sind. (Bei §115a SGB V ist dies sogar in der Praxis des Arztes möglich). Dies ist im Hinblick auf die Einführung der ASV (Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung) ebenfalls eine zu überdenkende Alternative. (Aber: Problem ist hier insbesondere der Verdacht der Zuweisung gegen Entgelt!)

Ambulantes
Operieren

2. Welche Veränderungen gab es im 1. Halbjahr 2013?

Das 1. Halbjahr führte bereits bei der Bedarfsplanung, den Praxisnetzen und bei der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zu Neuerungen bzw. Reformen durch den GBA.

2.1 Bedarfsplanung

Der GBA (Gemeinsame Bundesausschuss) hat zum 1.1.13 die bisher bestehende Bedarfsplanung reformiert (Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPI RiLi) vom 20.12.12). Da diese schon ausführlich in anderen Artikeln beschrieben wurde, sollen hier nur verkürzt die möglichen Konsequenzen und gegebenenfalls Strategien, die man zum jetzigen Zeitpunkt absehen kann, dargelegt werden.

2.1.1 Hausärztliche Versorgung (§ 11 BPI RiLi)

Auf 1671 Einwohner soll ein Hausarzt kommen. Die Planung wird kleinräumiger sein als bisher. Statt 395 wird es 883 Planungsbereiche geben.

PRAXISHINWEIS |

- Es kann zu Problem bei Sitzverlegungen in dann kleineren Planungsbereichen kommen.
- Die Bildung größerer Einheiten wird eher erschwert.
- Es ist zu überlegen, zentrale Praxen mit dezentraler Teil- bzw. Teilzeitversorgung zu gründen.
- Eine Praxisveräußerung bleibt i.d.R. schwierig; die Preise werden stagnieren bzw. sogar weiter fallen.

Probleme bei der Sitzverlegung

2.1.2 Allgemeine fachärztliche Versorgung (§12 BPI RiLi)

Die Planungsbezirke entsprechen wie bislang weitgehend den kreisfreien Städten, Landkreisen oder Kreisregionen.

PRAXISHINWEIS |

- Probleme können bei der Zurechnung naher Fachgebiete entstehen; in Folge könnten MVZ-Gründungen erschwert werden.
- Weitgehend sind aber keine Veränderungen zu erwarten.

MVZ-Gründungen u.U. erschwert

2.1.3 Spezialisierte fachärztliche Versorgung (§13 BPI RiLi)

Es gibt eine großräumigere Planung als bislang. Bundesweit wird es 96 Planungsbereiche geben.

PRAXISHINWEIS |

- Bessere Verlegungsmöglichkeiten (Aber: § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV).
- Weitere Preissteigerungen für fachinternistische Praxen sind zu erwarten.
- Es kann zu vermehrten „switches“ bei Fachinternisten mit unterschiedlichen Schwerpunkten kommen; d.h. Aufteilung eines Sitzes im MVZ auf verschiedene „Subdisziplinen“, insbesondere Onkologie, Kardiologie, Gastroenterologie.

Bessere Verlegungsmöglichkeiten

2.1.4 Gesonderte fachärztliche Versorgung (§ 14 BPI RiLi)

Dies ist ein gänzlich neuer Planungsbereich für Facharztgruppen, die bisher nicht unter die Bedarfsplanung fielen (z.B. Humangenetiker, Nuklearmediziner, Neurochirurgen, Laborärzte). Der Planungsbereich ist im Allgemeinen der Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung (ggf. kann es auch ein Bundesland sein: NRW für Labor, Pathologie etc.).

PRAXISHINWEIS |

- Es sind Preissteigerungen durch künftigen „Wert des Sitzes“ zu erwarten.
- Neugründungen werden erheblich erschwert.
- Auseinandersetzungen von BAG mit Teil-Neugründung werden erheblich erschwert bzw. es stellt sich die Frage, ob dies wirtschaftlich überhaupt noch möglich sein wird.

Preissteigerungen
erwartet

2.1.5 Sonderregion „Ruhrgebiet“ (§65 Abs. 2-4 BPI RiLi)

Diese Sonderregion umfasst die kreisfreien Städte und Landkreise: Bochum, Bottrop, Dortmund, Duisburg, Ennepe-Ruhr-Kreis, Essen, Gelsenkirchen, Hagen, Hamm, Herne, Mülheim/Ruhr, Oberhausen, Recklinghausen, Unna, Wessel. Innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie wird die Versorgungssituation überprüft und gegebenenfalls noch einmal angepasst. Wie aber geht es in fünf Jahren weiter? Es wird demzufolge keine Planungssicherheit geben.

2.2 Förderung von Praxisnetzen

Über das VStG sollen besonders förderungswürdige Netze finanziell unterstützt werden. Hierzu wurden mittlerweile die Rahmenvorgaben für die Anerkennung von förderungswürdigen Praxisnetzen in Form von drei zu erfüllenden Kriterien von der KBV verabschiedet:

Rahmenvorgaben
für besonders
förderungswürdige
Praxisnetze

- „Patientenzentrierung“: z.B. Patientensicherheit, Therapiekoordination, IT-unterstütztes Medikationsmanagement, Standards bei der Terminkoordination.
- „Kooperative Berufsausübung“: z.B. gemeinsame Fallbesprechungen, netz-zentrierte Qualitätszirkel, gemeinsame Dokumentationsstandards.
- „Verbesserte Effizienz“: z.B. schnellere Diagnose- und Therapieprozesse, jährlicher Netzbericht, Qualitätsmanagement.

2.3 Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Wenn die ASV einmal eingeführt ist, wird die ambulante Patientenversorgung in drei Teile gegliedert sein:

- Spezialfachärztliche Leistungen (niedergelassene Fachärzte und Krankenhäuser),
- Allgemeine fachärztliche Versorgung (niedergelassene Fachärzte),
- Ärztliche Primärversorgung (Niedergelassene Haus-, Kinder- und Frauenärzte).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat am 21.3.13 die Erstfassung der Richtlinie für die ASV beschlossen; der „Paragraphenteil“ wurde verabschiedet. Dieser regelt u.a.

- die Zugangsvoraussetzungen (die teilstationäre Versorgung soll nicht ausgeschlossen werden),
- Vorgaben für die Zusammenarbeit der interdisziplinären Teams,
- Voraussetzungen zur personellen und sachlichen Ausstattung,
- Überweisungsvoraussetzungen (Dauer nur ein Quartal?),
- Vergütungsmodalitäten,
- Qualitätskriterien.

2.4 Labor-Update zum 1.4.13

Zusätzlich zu den oben beschriebenen Änderungen, gab es auch noch das „Labor-Update“: Sowohl für den Wirtschaftlichkeitsbonus als auch für das Laborbudget ist nicht mehr die Zahl der Arztfälle, sondern ist die Zahl der Behandlungsfälle relevant. Konsequenz: Honorarverluste für BAGs. Bei der Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus werden Fälle mit Laborausnahmekennziffern nicht mehr berücksichtigt (betrifft sowohl Einzelpraxen als auch BAGs). Änderung bei der Fallart, die zur Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl für die Abschnitte 32.2 und 32.3 (Laborbudget) herangezogen wird (auch hier nun Behandlungsfälle; betrifft wieder BAGs).

PRAXISHINWEIS | Alle drei Maßnahmen können gerade bei BAGs zu erheblichen Honorarverlusten in diesem Bereich führen, wenn die betroffenen Arztpraxen nicht versuchen gezielt gegenzusteuern.

Wirtschaftlichkeitsbonus

Erhebliche Honorarverluste

3. Welche Entscheidungen stehen im 2. Halbjahr 2013 an?

Neben dem neuen Hausarzt-EBM sind hier wiederum die Bedarfsplanung, Praxisnetze und die ambulante spezialärztliche Versorgung zu nennen.

3.1 Bedarfsplanung

Die jeweiligen KVen und die Krankenkassen müssen auf Basis der BPIReLi die entsprechenden regionalen Bedarfspläne erstellen, wobei es unterschiedliche Fertigstellungstermine in den KVen gibt. Der jeweilige Landesausschuss hat (mit Beteiligung des Landesministeriums) bis 30.6.13 die „regionalen Abweichungen“ zu genehmigen (§ 99 Abs. 1 S. 2 SGB V).

3.2 Förderung von Praxisnetzen

Die o.a. Rahmenvorgaben müssen nun von den regionalen KVen noch ausgestaltet werden. Unklar ist noch, ob zusätzliches Geld für die Förderung der Praxisnetze bereitgestellt wird, oder ob die Mittel an anderer Stelle aus der Gesamtvergütung herausgenommen werden.

3.3 Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Nun werden die diagnosespezifischen Anlagen vom GBA überarbeitet (z.B. sollen u.a. Herzinsuffizienz, Gynäkologische Tumore, Tuberkulose, Gastrointestinaltumore, vorrangig bearbeitet werden). Mit ersten Umsetzungen ist Ende des Jahres zu rechnen. Es soll drei Kategorien der spezialfachärztlichen Leistungen geben.

Drei Kategorien spezialfachärztlicher Leistungen

3.4 Hausarzt-EBM ab 1.7.13 (?)

Über den Zeitpunkt und die genauen Modalitäten der Einführung des neuen Hausarzt-EBM wird zurzeit immer noch verhandelt bzw. gestritten. So wie es aussieht wird die Einführung nicht zum 1.7.13 erfolgen. Die Eckpunkte sehen wie folgt aus:

- Der fachärztliche Teil des EBM soll erst bis 2015 geändert werden.
- Der „Trennungsfaktor“ zwischen hausärztlichem und fachärztlichem Honorar topf soll neu geordnet werden.
- Der Kalkulationspunktwert soll auf 5,11 Cent angehoben werden.
- Aber es soll Kostenneutralität gewahrt werden; es gibt nicht mehr Geld!
- In Zukunft soll zwischen „typischen“ und „atypischen“ hausärztlichen Leistungen unterschieden werden.
- „Atypische“ Leistungen werden in einem EBM-Anhang 5.1 definiert (Leistungen, die vom grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsspektrum abweichen; z.B. Akupunktur, Phlebologie, Schlafstörungsdiagnostik). Hausärzte, die solche Leistungen anbieten, sollen künftig nur noch die halbe Versichertenpauschale und keine Chronikerzuschläge erhalten.
- Das frei werdende Honorarvolumen soll den „typischen“ Hausärzten zugute kommen.
- Die bisherige Versichertenpauschale wird aufgespalten in: eine variable neue Versichertenpauschale mit dann fünf Altersstufen sowie eine „versorgungsbereichsspezifische“ Grundpauschale und diagnoseabhängige Chronikerpauschalen (Kodierung!).
- Die Gesprächsleistung, das Ruhe-EKG sowie eine onkologische Mitbetreuungsleistung werden zulasten der Versichertenpauschale wieder als Einzelleistung dargestellt.

4. Schlussbemerkung

„In der Ruhe liegt die Kraft“, wie wiederum treffend Herr Prof. Rehborn am Ende seines Vortrages konstatierte. Es hat keinen Sinn, angesichts der vielen Änderungen und Unwägbarkeiten in hektischen Aktionismus zu verfallen. Viele der Empfehlungen des letztjährigen 6. IWW-Kongresses gelten auch weiterhin; man muss die sich wandelnden gesetzlichen Bedingungen im Auge behalten, sich in Ruhe überlegen, wo der Mandant steht und wo der Mandant hin will, um auch in Zukunft „wettbewerbsfähig“ zu sein, und welche der sich bietenden Optionen dazu passen. Denn oberstes Gebot bleibt immer eine solide wirtschaftliche Denk – und Handlungsweise: Potenzielle Mitnahmeeffekte, die nach einiger Zeit von der Politik wieder beschnitten werden, sind keine tragfähige Basis für teure Veränderungen und Investitionen.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Die praktischen Auswirkungen der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie auf den niedergelassenen Arzt (Friebe/Berthmann PFB 13, 108)
- GKV-Versorgungsstrukturgesetz: Praxisübergabe und Gesellschafterwechsel nach 2012 vorziehen! (Lindenau, PFB 12, 178)
- GKV-Versorgungsstrukturgesetz: Konsiliararzt, Honorararzt oder Anstellung im Krankenhaus? (Stenger, PFB 12, 220)
- Strategische Mandantenberatung: Nachfolgeplanung und Kooperationen in Zeiten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (Nies, PFB 12, 138)

Einführung zum
1.7.13 eher unwahr-
scheinlich

In der Ruhe
liegt die Kraft