

PraxisWissen

EIN SERVICE DER KASSENÄRZTLICHEN
BUNDESVEREINIGUNG

KBV

DAS VERSORGUNGS- STRUKTURGESETZ





LIEBE KOLLEGINNEN, LIEBE KOLLEGEN,

am 1. Januar 2012 ist das Versorgungsstrukturgesetz in Kraft getreten. Die Medien bezeichnen es gerne als „Landärztegesetz“. Dies liegt daran, dass es ein wichtiges Ziel ist, dem Ärztemangel in ländlichen Regionen entgegenzuwirken. Doch das Gesamtpaket beinhaltet noch weit mehr. Was genau, möchten wir Ihnen in dieser Broschüre erläutern. Und zwar immer unter der Fragestellung: Was bedeutet das konkret für Sie in der Praxis? Dazu haben wir verschiedene Schwerpunkte gewählt. Auch wenn einige Regelungen erst noch im Detail ausgearbeitet werden müssen, so bringt das Gesetz schon jetzt Veränderungen, die Ihre Arbeit direkt betreffen. Diese reichen von A wie Arzneimittelregresse bis Z wie Zulassung. Wir hoffen, Ihnen mit diesem Überblick eine praktische Hilfe an die Hand zu geben.

DR. ANDREAS KÖHLER
Vorsitzender des Vorstandes der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

DR. CARL-HEINZ MÜLLER
Vorstand der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung

INHALT

Gegen den Ärztemangel:
Das Versorgungsstrukturgesetz *Seite 1*

Das Versorgungsstrukturgesetz im Überblick:
Die wichtigsten Neuerungen *Seite 2*

Interview: „Die Politik setzt
auf die Selbstverwaltung“ *Seite 6*

Neue Bedarfsplanung:
Wo das Land Ärzte braucht *Seite 8*

Maßnahmen gegen den Ärztemangel:
Der Arztberuf soll wieder attraktiver werden *Seite 14*

Spezialfachärztliche Versorgung:
Neues Angebot für schwer kranke Patienten *Seite 16*

Vergütung: Über Geld wird
wieder regional verhandelt *Seite 18*

Neues Arzneimittelkonzept:
Das Zukunftsvorhaben im Modellversuch *Seite 20*

Impressum *Seite 21*

Gegen den Ärztemangel: Das Versorgungsstrukturgesetz

Das „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“, kurz GKV-Versorgungsstrukturgesetz, kann wohl als eines der wichtigsten Gesetze in der jüngeren Gesundheitspolitik bezeichnet werden. Mit Sicherheit ist es das umfassendste. Denn es trifft Regelungen für fast alle Bereiche der ambulanten Versorgung: von der Bedarfsplanung und Sicherstellung über die Honorarverteilung bis hin zu veranlassten Leistungen. Außerdem schafft es eine ganz neue Versorgungsform: die ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Sie eröffnet den Niedergelassenen neue Möglichkeiten der Patientenversorgung – und das bei garantierter Einzelleistungsvergütung ohne Mengenbegrenzung.

Insgesamt soll das Gesetz die hochwertigen, wohnortnahe ambulante Versorgung der Menschen in Deutschland sicherstellen. Dazu bedarf es vor allem neuer und flexibler Möglichkeiten, Ärzten eine Niederlassung in unterversorgten Regionen zu erleichtern. Auch eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf gehört dazu. Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung liefert das Gesetz hierzu viele gute Ansätze. Diese gilt es nun umzusetzen und weiter zu konkretisieren. Hier sind nicht nur die Institutionen auf Bundesebene gefragt, sondern noch stärker als bisher die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie andere regionale Organisationen. Deshalb fällt im Zusammenhang mit dem Versorgungsstrukturgesetz auch häufig der Begriff der Regionalisierung. Bei der Bedarfsplanung und der Sicherstellung, insbesondere aber bei der Vergütung, erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen wieder mehr Kompetenzen. So entscheiden sie künftig eigenverantwortlich über die Honorarverteilung. Dabei haben sie auch die Möglichkeit, bestimmte

Kooperationen, etwa Praxisnetze, gezielt zu fördern. In strukturschwachen Gebieten müssen Ärzte keine Abstufelung beim Überschreiten ihres Regelleistungsvolumens mehr fürchten. Die Gefahr, durch Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln in Regress zu geraten, ist deutlich geringer geworden. Dennoch verfolgt die Kassenärztliche Bundesvereinigung weiterhin das Ziel, Regresse gänzlich überflüssig zu machen. Dazu hat sie unter anderem gemeinsam mit der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände ein Konzept entwickelt, dessen modellhafte Erprobung das Gesetz vorsieht.

Was erwartet Sie nun auf den folgenden Seiten? Zunächst finden Sie einen schnellen und kompakten Überblick über die wichtigsten Neuerungen. Anschließend werden die Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler und Dr. Carl-Heinz Müller, in einem Interview ihre persönlichen Sichtweisen auf das Versorgungsstrukturgesetz darlegen. Anhand ausgewählter Schwer-

punkte werden sodann die Regelungen näher erläutert. Diese Schwerpunkte sind: Bedarfsplanung, Sicherstellung, Vergütung, spezialfachärztliche Versorgung sowie Arzneimittel.

Das Versorgungsstrukturgesetz stellt wichtige Weichen für die künftige Patientenversorgung. Vieles muss allerdings noch im Detail ausgearbeitet werden. So wird zum Beispiel die ambulante spezialfachärztliche Versorgung voraussichtlich nicht vor 2013 starten. Hier ist insbesondere der Gemeinsame Bundesausschuss gefordert. Aber auch andere Akteure wie die Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Länder müssen mitmachen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird die weitere Ausgestaltung des Gesetzes aktiv begleiten und die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen. Denn eines ist klar: Unabdingbare Voraussetzung, um die Versorgung der Patienten sicherzustellen, sind bessere Arbeitsbedingungen für die Ärzte und Psychotherapeuten.



Unabdingbare Voraussetzung, um die Versorgung der Patienten sicherzustellen, sind bessere Arbeitsbedingungen für die Ärzte und Psychotherapeuten.

Das Versorgungsstrukturgesetz im Überblick: Die wichtigsten Neuerungen

Immer weniger Ärzte stehen zur Versorgung von Patienten zur Verfügung – vor allem in ländlichen Regionen. Darauf hat der Gesetzgeber mit dem Versorgungsstrukturgesetz reagiert und eine Reihe von Maßnahmen beschlossen. Sie sollen den Arztberuf attraktiver machen, Medizinern Anreize setzen, sich in unterversorgten Gebieten niederzulassen, sowie die Versorgung zukunftssicher gestalten. Gleichzeitig erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wieder mehr Spielraum, um die Versorgung vor Ort zu organisieren. Das Gesetz gibt dazu den Rahmen vor, die konkrete Ausgestaltung obliegt nunmehr der Selbstverwaltung. Was ändert sich? Welche Auswirkungen haben die neuen Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung? Wir stellen Ihnen die wichtigsten Punkte vor.

BEDARFSPLANUNG

Wo sich Ärzte und Psychotherapeuten niederlassen können, hängt auch von der Bedarfsplanung ab. Denn Mediziner, die gesetzlich versicherte Patienten ambulant behandeln möchten, benötigen einen Arztsitz. Wie viele es davon in einer Region geben darf, ist geregelt. Die bisherige Bedarfsplanung von 1993 ging von einem Überschuss an Ärzten und Psychotherapeuten aus.

➤ AUFTRAG ZUR NEUEN BEDARFSPLANUNG

Angesichts eines inzwischen zunehmenden Mangels an Ärzten hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, die Bedarfsplanungs-Richtlinie anzupassen. Sie soll ab dem Jahr 2013 gültig sein.

➤ DAS KONZEPT DER KBV IN KÜRZE

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorschläge unterbreitet, wie die Bedarfsplanung flexibler gestaltet werden kann. Diese sehen unter anderem vor, alle Arztgruppen in die Bedarfsplanung einzubeziehen und die Planungsräume je nach Versorgungsbereich unterschiedlich groß zu gestalten. Das Grundprinzip: Je höher der Spezialisierungsgrad, desto größer der Planungsraum. So soll die Bedarfsplanung für Hausärzte kleinräumig erfolgen, für hoch spezialisierte Ärzte

sind große Planungsräume angedacht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten mehr Flexibilität, um auf regionale Besonderheiten reagieren zu können. Bei der Berechnung der Verhältniszahlen – das heißt, wie viele Ärzte und Psychotherapeuten sind für eine bestimmte Einwohnerzahl erforderlich – soll das Alter der Bevölkerung stärker berücksichtigt werden. Auch sogenannte Mitversorgereffekte in Ballungszentren fließen ein.



MASSNAHMEN FÜR EINE GESICHERTE VERSORGUNG

Damit mehr Ärzte und Psychotherapeuten eine Praxis in den zumeist ländlichen unterversorgten Regionen gründen, unterstützt der Gesetzgeber sie auf vielfältige Weise. Zudem soll eine Reihe von neuen Regelungen den Arztberuf attraktiver machen.

➤ ZUSCHLÄGE IN UNTERVERSORGTE GEBIETEN

Ein finanzielles Plus erhalten Ärzte, die in unterversorgten Gebieten tätig sind: Alle von ihnen erbrachten Leistungen werden grundsätzlich voll vergütet. Das heißt, eine Mengensteuerung über eine Abstufung der Preise findet hier nicht statt.

➤ ZWEIGPRAXEN KÖNNEN LEICHTER ERÖFFNET WERDEN

Künftig wird es leichter, Filialpraxen zu eröffnen. Um dafür eine Genehmigung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu erhalten, reicht es zu zeigen, dass sich mit der Zweigpraxis die medizinische Versorgung am neuen Standort verbessern wird. Das Versorgungsangebot am Stammsitz darf sich nicht wesentlich verschlechtern.

➤ BERUF UND FAMILIE EINFACHER MITEINANDER VEREINBAREN

Gute Nachrichten gibt es für junge Familien: Vertragsärztinnen und -psychotherapeutinnen können sich nach der Geburt ihres Kindes in Zukunft doppelt so lange wie bisher, nämlich zwölf Monate, vertreten lassen. Um Kinder zu erziehen oder Angehörige zu pflegen, können Ärzte und Psychotherapeuten außerdem bis zu 36 Monate beziehungsweise bis zu sechs Monate einen Entlastungsassistenten beschäftigen. Die KVen können diese Zeiträume jeweils verlängern.

➤ RESIDENZPFLICHT AUFGEHOBEN

Für Ärzte und Psychotherapeuten gibt es keine sogenannte Residenzpflicht mehr. Niedergelassene können somit auch weiter von ihrer Praxis entfernt wohnen, beispielsweise in der Stadt, und zu ihrer auf dem Land gelegenen Praxis pendeln.

➤ DELEGATION AN NICHTÄRZTLICHE FACHKRÄFTE MÖGLICH

Ärzte können sich künftig bei bestimmten Aufgaben von medizinischen Fachkräften aus ihrem Team unterstützen lassen. Das Versorgungsstrukturgesetz erteilt der KBV und den Krankenkassen den Auftrag, eine Liste von Leistungen zu erstellen, die übertragen werden können.

➤ STRUKTUFONDS ZUR FÖRDERUNG DER NIEDERLASSUNG

Die KVen können für unterversorgte Regionen Strukturfonds bilden, die dazu dienen, Maßnahmen gegen den Ärztemangel zu finanzieren. Möglich sind beispielsweise Zuschüsse zu den Investitionskosten bei Neuniederlassungen oder der Gründung von Zweigpraxen sowie zur Vergütung ärztlicher Leistungen. Mit den Geldern kann auch die Ausbildung von Medizinern gefördert werden, zum Beispiel über Stipendien für Studenten. In einen solchen Fonds kann die KV bis zu 0,1 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einzahlen. In diesem Fall müssen die Krankenkassen zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds entrichten.

➤ EIGENEINRICHTUNGEN DER KVEN

Die KVen können in Zukunft rechtlich abgesichert eigene Praxen betreiben. Zu dieser Maßnahme dürfen sie greifen, wenn auf anderem Wege ein Arztsitz nicht besetzt werden kann. Auch die Kommunen können eigene Einrichtungen betreiben, allerdings nur mit Genehmigung der KV.

➤ PRAXISAUFKAUF

Frei werdende Praxissitze in überversorgten Regionen können unter bestimmten Voraussetzungen „stillgelegt“ werden. Die Entscheidung darüber trifft der jeweilige Zulassungsausschuss, ein mit Ärzten und Krankenkassenvertretern besetztes Gremium. Er kann den Antrag eines Vertragsarztes oder Vertragspsychotherapeuten auf Nachbesetzung seines Praxisses ablehnen, wenn eine Nachbesetzung

aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Grundlage dafür soll die neue Bedarfsplanung bilden, die derzeit im Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitet wird. Plädiert der Zulassungsausschuss für eine „Stilllegung“, ist die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, den Praxissitz aufzukaufen und dem Vertragsarzt eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes der Praxis zu zahlen. Die Aufkaufregelung kommt nicht zur Anwendung, wenn ein Verwandter des Arztes die Praxis übernehmen will oder wenn der ausscheidende Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig war, die durch die Stilllegung des Arztsitzes benachteiligt wäre. Die Regelung tritt erst im Jahr 2013 in Kraft, wenn auch die neue Bedarfsplanung gilt.

➤ PRAXISSITZVERLEGUNG NUR NOCH UNTER BESTIMMTEN VORAUSSETZUNGEN MÖGLICH

Möchte ein Niedergelassener seine Praxis verlegen, muss er darauf achten, dass sich die Versorgungssituation am Ort des Praxissesitzes dadurch nicht verschlechtert. Das gilt auch für die Verlegung von Praxissitzen in Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Ärzte, die sich niederlassen wollen, haben gegenüber MVZ unter bestimmten Bedingungen übrigens ein Vorkaufsrecht für Vertragsarztsitze.

➤ FÖRDERUNG VON PRAXISNETZEN

Der Gesetzgeber hat die Rolle von Praxisnetzen für eine wohnortnahe Versorgung erkannt und will diese fördern. In Praxisnetzen können sich Vertragsärzte verschiedener Fachrichtungen zusammenschließen. Die KVen erhalten die Möglichkeit, sie finanziell zu unterstützen. Die KBV wird dazu gemeinsam mit den Krankenkassen Kriterien und Anforderungen für besonders förderungswürdige Praxisnetze entwickeln.

VERGÜTUNG UND EBM

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen wieder die Möglichkeit, die Honorarverteilung eigenständig vorzunehmen. Auch diese Maßnahme soll dazu beitragen, die medizinische Versorgung flächendeckend sicherzustellen. Zugleich soll der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) durch eine bedarfsgerechtere Verteilung der Vergütungen schrittweise weiterentwickelt werden, um dem speziellen Versorgungsbedarf der Patienten und dem Leistungsspektrum der niedergelassenen Ärzte besser gerecht zu werden.

➤ VERGÜTUNG WIRD REGIONALISIERT

Die Kompetenz für die Honorarverteilung geht von der Bundesebene auf die Landesebene über. Die KBV bestimmt künftig nur noch die Rahmenvorgaben. Wie das Honorar letztlich verteilt wird, legen die KVen fest. Sie erstellen dazu Honorarverteilungsmaßstäbe, ohne

diese mit den Krankenkassen vereinbaren zu müssen. Ab dem Jahr 2013 erhalten die KVen auch bei der regionalen Verhandlung über die Höhe der Gesamtvergütung mit den Krankenkassen mehr Gestaltungsspielräume. In den vergangenen Jahren hatte diese Aufgabe der Bewertungsausschuss für alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten übernommen. Die Honorarsteigerung für 2012 (+1,25 Prozent) wurde vom Gesetzgeber mit dem GKV-Finanzierungsgesetz vor dem Hintergrund der Finanzkrise begrenzt.

➤ FESTE PREISE FÜR AMBULANTE OPERATIONEN

Die mit dem GKV-Finanzierungsgesetz eingeführte Deckelung für sogenannte extrabudgetäre Leistungen wie ambulante Operationen wird aufgehoben. Alle diese Leistungen werden seit Januar 2012 wieder ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen honoriert.

➤ SCHRITTWEISE WEITERENTWICKLUNG DES EBM

Der Gesetzgeber fördert mit den neuen Regelungen, dass Ärzte ihre erbrachten Leistungen vermehrt einzeln, statt nach Pauschalen vergütet bekommen. Die Versichertenpauschalen können künftig anhand der Alters- und Krankheitsstruktur der Patienten weiter differenziert werden. Auch eine Unterscheidung zwischen Erst- und Folgekontakt ist möglich. Darüber hinaus soll bis zum 31. März 2013 über die Aufnahme von Leistungen zur telemedizinischen Versorgung in den EBM beschlossen werden.



AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Das Versorgungsstrukturgesetz sieht die Einführung einer neuen Versorgungsform vor: die ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Sie umfasst die ambulante Diagnostik und Therapie von seltenen und besonders schweren Erkrankungen wie Krebs und Mukoviszidose sowie hochspezialisierte Leistungen. Die Behandlung kann sowohl in einer Arztpraxis als auch am Krankenhaus erfolgen. Die spezialfachärztlichen Leistungen werden zu festen Preisen und ohne

Mengensteuerung vergütet. Dazu wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung einmal um alle spezialärztlichen Leistungen bereinigt, die auch bisher schon erbracht werden. Steigt danach die Leistungsmenge an, müssen die Krankenkassen zusätzliche Finanzmittel bereitstellen. An der spezialfachärztlichen Versorgung können alle Fachärzte teilnehmen, die die hierfür erforderlichen Qualifikationen besitzen. Die Zugangsvoraussetzungen prüft die gemeinsame

Selbstverwaltung. Krankenhäuser dürfen bestimmte Erkrankungen nur im Rahmen der spezialfachärztlichen Versorgung behandeln, wenn die Überweisung eines Vertragsarztes vorliegt. Für die Behandlung onkologischer Erkrankungen ist die Kooperation mit niedergelassenen Kollegen Pflicht. Die Vertragsärzte können entscheiden, ob sie ihre Leistungen isoliert mit den Krankenkassen oder über ihre KV abrechnen.

ARZNEI- UND HEILMITTELVERSORGUNG

In einer Befragung unter Medizinstudenten 2010 haben 50 Prozent der Befragten geäußert, dass mögliche Regresse eine Niederlassung für sie unattraktiv machen. Die neuen Regelungen des Versorgungsstrukturgesetzes sind ein erster Schritt, Ärzten die volle Kostenverantwortung für die Arzneimittelversorgung abzunehmen. Darüber hinaus soll ein neues Arzneimittelkonzept als Modellvorhaben erprobt werden, das die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) entwickelt haben.

➤ **ABBAU DES REGRESSRISIKOS**

Die Regelungen zu den Richtgrößenprüfungen und die damit verbundenen Regresse werden etwas gelockert. Das Versorgungsstrukturgesetz sieht vor, dass Ärzten, die erstmals ihr Richtgrößenvolumen um mehr als 25 Prozent überschreiten, kein Regress droht. Sie haben stattdessen einen Anspruch auf Beratung. Die Gefahr eines Regresses besteht erst für den Prüfzeitraum nach der Beratung. Hierzu sind entsprechende Regelungen in den Prüfvereinbarungen auf Landesebene zu treffen.

➤ **PRAXISBESONDERHEITEN BEI HEILMITTELN**

Die KBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung legen erstmals bis zum 30. September 2012 Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln fest. Wenn Vertragsärzte nachweisen können, dass sie nicht unwirtschaftlich gearbeitet haben, sondern Praxisbesonderheiten Grund für die Überschreitung des Richtgrößenvolumens sind, führen diese nicht zu Regressen.

➤ **ENTLASTUNG BEI LANGFRISTIGER HEILMITTELVERORDNUNG**

Hier geht es um Verordnungen im Rahmen eines genehmigten langfristigen Heilmittelbedarfs für Patienten mit besonders schweren und anhaltenden Schädigungen und Beeinträchtigungen, die einen besonderen Bedarf an Heilmitteln (zum Beispiel Physiotherapie) haben. Für diese Verordnungen trägt der Arzt in Zukunft nicht mehr die finanzielle Verantwortung.

➤ **NEUES ARZNEIMITTELKONZEPT IM MODELLVERSUCH**

Neue Patienten, ständig wechselnde Medikamente, immer wieder andere Preise – für Ärzte wird es zunehmend schwieriger, bei der Verordnung von Arzneimitteln den Überblick zu behalten. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber die Möglichkeit eröffnet, ein neues Arzneimittelkonzept in einer Modellregion zu erproben. Das Konzept wurde von KBV und ABDA entwickelt. Es sieht unter anderem vor, dass Ärzte den Wirkstoff auswählen, der Apotheker das Produkt. Ein Medikationskatalog auf Wirkstoffbasis unterstützt die Ärzte bei der Therapie. Bei chronisch kranken Patienten erfolgt ein Medikationsmanagement. Es soll die Therapietreue verbessern und Risiken bei der Einnahme von Medikamenten vermindern. Mit dem Modellvorhaben ist eine Ablösung der preisbezogenen Richtgrößenprüfung verbunden. Das Modellvorhaben soll spätestens im Januar 2013 starten.

Interview: „Die Politik setzt auf die Selbstverwaltung“

Hinter dem sperrigen Namen „Versorgungsstrukturgesetz (VStG)“ stecken zweihundert Seiten Text, die es in sich haben. Was sich für Vertragsärzte und -psychotherapeuten ändert, erklären die KBV-Vorstände, Dr. Andreas Köhler und Dr. Carl-Heinz Müller, im Interview.



Dr. Andreas Köhler

Was ist für Sie die bedeutendste Neuerung im VStG?

Köhler: Die Politik hat erkannt, dass es einen Mangel an Ärzten und Psychotherapeuten gibt, und sie handelt auch danach. Dass sie nun ein ganzes Bündel von wichtigen Maßnahmen schnürt, dieser breite Ansatz zur Sicherung der ambulanten Versorgung insbesondere im ländlichen Raum, das ist für mich das Herausragende an dem Gesetz – gerade im Vergleich zu früheren Gesundheitsreformen! Die jetzige Koalition verlässt damit endlich den Weg der Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Zudem akzeptiert die jetzige Regierung die Rolle und den Vorrang der Selbstverwaltung. Sie legt sie nicht an die Kandare, sondern billigt ihr zu und erwartet sogar von ihr, dass sie Probleme anpackt und eigenverantwortlich löst. Sie erkennt den Wert des Kollektivvertrags an, und auch den Wert der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als Garanten für diesen Kollektivvertrag.

Müller: Wir haben viel erreicht, um die Attraktivität des Arztberufes zu erhöhen. Für mich sind die wichtigsten Bausteine, dass aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung in Zukunft Langzeitverordnungen von Heilmitteln ausgeklammert sind.

Der Grundsatz „Beratung vor Regress“ wird deutlich gestärkt. Das Zukunftsmodell für die Arzneimittelversorgung kann in Modellvorhaben erprobt werden. Aber es sind wirklich viele Teile zusammen, welche die Tätigkeit in den Praxen wieder einfacher machen, von Bürokratieabbau bis zum vernetzten Arbeiten im Team.

Was nützt die Reform dem einzelnen Arzt oder Psychotherapeuten?

Müller: Wer bei Arznei- und Heilmitteln erstmals das Richtgrößenvolumen um mehr als 25 Prozent überschreitet, der wird nicht mehr in Regress genommen, sondern erhält eine Beratung. Außerdem werden Praxisbesonderheiten leichter anerkannt. Die Residenzpflicht entfällt: Ärzte und Psychotherapeuten können ihre Praxis nun weiter entfernt auf dem Land führen, aber in der Stadt wohnen. Filialpraxen sind einfacher zu gründen. Nach der Geburt eines Kindes ist eine längere Vertretung möglich, und vieles mehr.

Köhler: Das Gesetz liefert aber auch viele Grundlagen. Diese werden wir in den nächsten Jahren ausarbeiten und konkretisieren müssen – im Gemeinsamen Bundesausschuss und auf Landesebene.

In den Medien war oft vom „Landarztgesetz“ die Rede. Wieso sollten durch das Gesetz Ärzte aufs Land ziehen?

Köhler: Tatsächlich braucht niemand zu glauben, dass durch das Gesetz automatisch und auf die Schnelle neue Ärzte erscheinen und auf dem Land Praxen eröffnen. Aber das Gesetz schafft eine flexiblere Handhabung für die Zulassung von Arztpraxen und setzt finanzielle Anreize, damit Ärzte sich auf dem Land niederlassen. Ärzte in dünnbesiedelten Gebieten werden grundsätzlich von der Abstaffelung ausgenommen. Das heißt, sie erhalten ihre Leistungen voll vergütet. Die Umsetzung des Gesetzes ist eine echte gesellschaftliche Herausforderung. Die Kommunen müssen jetzt Standortmarketing betreiben. Ob sie eine Praxis für eine Kleinstadt gewinnen, sollte ihnen genauso am Herzen liegen wie eine Industrieansiedlung in einem Gewerbegebiet.

Das Gesetz schafft Gestaltungsspielräume. Was werden die KVen in den kommenden Jahren gegen den Ärztemangel tun können?

Müller: Sie können beispielsweise auf verbesserter Rechtsgrundlage selbst Eigeneinrichtungen betreiben – die oftmals von den dort angestellten Ärzten später übernommen werden und so eine Hilfe bei der Existenzgründung sind. Sie können Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen erteilen sowie Praxen in unterversorgten Gebieten finanziell fördern. Die KVen haben die Möglichkeit, Strukturfonds zu bilden. Aus diesem Topf können sie Zuschüsse für Neuniederlassungen oder auch Stipendien für Medizinstudenten finanzieren – was immer nötig ist, um den Mangel an Ärzten zu beheben. Mit der neuen Bedarfsplanung sollen die Zulassungsausschüsse auch einfacher Sonderbedarfszulassungen erteilen dürfen, um auf Versorgungsengpässe vor Ort besser reagieren zu können.

Von „Regionalisierung der Honorarverteilung“ war immer wieder die Rede. Was heißt das?

Köhler: Die Verhandlungen mit den Krankenkassen über die Höhe der Gesamtvergütung, aber auch die Honorarverteilung selbst sind wieder Aufgabe der KVen. Sie werden wieder eigene Honorarverteilungsmaßstäbe festlegen und können so besser auf die Gegebenheiten vor Ort eingehen. Die KBV und die Krankenkassen auf Bundesebene werden dazu lediglich Empfehlungen geben, die bei den regionalen Verhandlungen berücksichtigt werden können.

Die Bedarfsplanung soll flexibler werden. Wie wird das aussehen?

Köhler: Planungsbereiche müssen künftig nicht mehr wie bisher den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Die KBV hat in den Gemeinsamen Bundesausschuss ein eigenes Reformkonzept eingebracht. Wir schlagen vier Versorgungsebenen vor, für die unterschiedlich große Planungsgebiete gelten sollen: Die Menschen wollen den Hausarzt in Wohnortnähe haben, dementsprechend müssen die Gebiete, für die eine Arztanzahl festgelegt wird, klein sein. Kinder- und Augenärzte beispielsweise gehören zur wohnortnahen fachärztlichen Versorgung, die etwas größere Planungsgebiete bekommt. Die fachärztlichen Sonderbereiche I und II, zu denen unter anderem die Radiologen und Laborärzte gehören, können sogar überregional geplant werden.

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung war nicht unumstritten. Wird sie wie angekündigt einfach und unbürokratisch?

Köhler: Alles in allem halte ich die spezialfachärztliche Versorgung, wie sie sich jetzt darstellt, für einen interessanten neuen Bereich, mit dem wir sehr gut leben können. Wir bekommen eine Einzelleistungsvergütung ohne Mengensteuerung! In Änderungsanträgen hat die Koalition den ursprünglichen Entwurf



Dr. Carl-Heinz Müller

erheblich nachgebessert. Das Miteinander von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten ist nun sinnvoll geregelt, beispielsweise durch einen teilweisen Überweisungsvorbehalt.

Die KBV und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände haben ein Arzneimittelkonzept entwickelt. Wie ist das Modellvorhaben dazu einzuschätzen, welches das Gesetz erlaubt?

Müller: Unser Konzept besteht aus drei Säulen: einem Medikationsmanagement vor allem für chronisch Kranke, einer Wirkstoffverordnung und einem Medikationskatalog. Das Konzept ersetzt die ausgabenbezogene Steuerung durch eine leitlinien- und indikationsbezogene sowie wirtschaftliche Arzneimittelversorgung. Ärzte, die überwiegend die Leitwirkstoffe verordnen, verhalten sich im Endeffekt auch wirtschaftlich. Wir wollen damit auch die Regresse zu Fall bringen, die in erheblichem Maße den medizinischen Nachwuchs von der Niederlassung abschrecken. Ein weiterer großer Vorteil für den Patienten ist die deutliche Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Das heißt, er erhält in der Praxis einen lesbaren Medikationsplan und die Gewissheit, dass er den vom Arzt ausgewählten Wirkstoff erhält, auch wenn sich die Farbe der Packung durch den Austausch im Rahmen der Rabattverträge ändert. Das Modellvorhaben ist eine große Chance für unser Konzept, sich zu beweisen. Wir sind zuversichtlich, dass die Politik es anschließend in die Regelversorgung übernimmt.

Was fehlt im Gesetz? Was wäre wünschenswert gewesen?

Köhler: Eine Angleichung der ärztlichen Vergütung in den KVen, die bisher eine unterdurchschnittliche Vergütung je Versicherten erhalten. Egal, wo der Patient in Deutschland erkrankt, er bekommt die gleiche Behandlung. Für seine Versorgung sollte deshalb auch überall im Land gleich viel Geld zur Verfügung stehen. Es ist schade, dass der Gesetzgeber die Herausforderung gescheut hat, auch bei der Vergütung die Bedingungen anzugleichen.

Neue Bedarfsplanung: Wo das Land Ärzte braucht

Eine neue, flexible Bedarfsplanung soll die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung besser flächendeckend sicherstellen, so will es das Versorgungsstrukturgesetz (VStG). Ärzte und Psychotherapeuten sollen sich künftig dort niederlassen, wo die Patienten sie am meisten brauchen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten mehr Spielraum, um die Versorgung vor Ort besser steuern zu können. Der Gesetzgeber reagiert damit auf den zunehmenden Ärztemangel und die immer älter werdende Bevölkerung in Deutschland. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) obliegt es jetzt, die 1993 eingeführte Bedarfsplanungs-Richtlinie zu überarbeiten und die darin bestehenden Defizite zu beheben. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat ganz konkrete Vorstellungen, wie eine moderne und funktionierende Bedarfsplanung aussehen kann.

Wie viele Ärzte und Psychotherapeuten sich in einer bestimmten Gegend niederlassen dürfen, regelt die Bedarfsplanung. Sie ist ein wichtiges Steuerungsinstrument für eine flächendeckende ambulante medizinische Versorgung. Die Bedarfsplanung hat zweifellos ihre Verdienste. So erreichen immerhin 88 Prozent der Bundesbürger ihren Hausarzt in weniger als 15 Minuten. Doch die Versorgungssituation hat sich in den vergangenen 20 Jahren erheblich verändert: In Deutschland gibt es keine Ärzteschwemme mehr, sondern einen Ärztemangel. Heute muss nicht mehr der Zuwachs begrenzt, sondern die Verteilung der vorhandenen Ärzte und Psycho-

therapeuten gerechter gesteuert werden. Die alte Planung kann das nicht leisten. Sie ist in weiten Teilen überholt: Der Zuschnitt der Planungsräume ist insbesondere für Hausärzte zu groß. Dadurch kommt es selbst in Regionen, die zahlenmäßig als überversorgt gelten, zu Versorgungsproblemen. Auch die Tatsache, dass Patienten, die im Umland von Ballungsräumen leben, zwar in aller Regel am Wohnort ihren Hausarzt aufsuchen, jedoch zum Facharzt in die Stadt fahren, bleibt bis dato weitgehend unberücksichtigt. Lediglich der Faktor Alter wird erst seit kurzem durch die Einführung eines Demografiefaktors berücksichtigt.

➤ ENGER ZEITPLAN: NEUE VERSORGUNGSPLANUNG

Mit dem im Januar in Kraft getretenen VStG erteilt der Gesetzgeber dem G-BA den Auftrag, die Bedarfsplanungs-Richtlinie neu zu konzipieren. Der Zeitplan ist eng: Bis Jahresmitte soll die neue Versorgungsplanung stehen. Danach beginnen die Vorbereitungen für die Umsetzung der Richtlinie auf Bundes- und Landesebene. Im Januar 2013 soll die neue Richtlinie in Kraft treten. Die KBV hat ein Konzept vorgelegt. Es bildet eine Grundlage für die Beratungen im G-BA mit den Vertretern der Krankenkassen, Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Deutschen Krankenhausgesellschaft und Länder sowie Patientenvertretern.





PRÄMISSEN DER NEUEN VERSORGUNGSPLANUNG

- *Durch eine bundesweit einheitliche Planung sollen alle gesetzlich Krankenversicherten, unabhängig von ihrem Wohnort und ihrem sozialen Status, einen gleichermaßen guten Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung erhalten.*
- *Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sollen eine höhere Planungssicherheit bekommen.*
- *Die Systematik der Bedarfsplanung soll vereinfacht und flexibler werden.*
- *Versorgungsdaten, zum Beispiel zur Altersstruktur und Morbidität der Bevölkerung, sollen stärker berücksichtigt werden.*
- *Die neue Bedarfsplanung soll einen größtmöglichen regionalen Gestaltungsspielraum bieten, um auf Probleme vor Ort besser reagieren zu können.*

DAS KONZEPT DER KBV

Die Erwartungen an eine neue Versorgungsplanung sind groß. Vor allem in ländlichen Regionen, wo heute schon Mediziner fehlen, erhoffen sich die Menschen eine deutliche Besserung. Allein eine veränderte Planung wird keine zusätzlichen Ärzte bringen, wohl aber eine stärker am Bedarf orientierte

Verteilung. Die KBV hat das Problem frühzeitig erkannt und bereits konkrete Vorschläge unterbreitet, wie die neue Bedarfsplanung aussehen sollte, um die Versorgungssituation für Patienten und Ärzte zu verbessern. Die Vorschläge werden derzeit nicht nur im G-BA diskutiert und weiterentwickelt, sondern

auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Berufsverbänden.

Das KBV-Konzept umfasst vier Kernelemente der Bedarfsplanung, die zusammen zu einer besseren Steuerung der Versorgung führen sollen:

1

NEUEINTEILUNG DER PLANUNGSGRUPPEN

Welche Arztgruppen werden in die Bedarfsplanung einbezogen und zu welchen Planungsgruppen werden sie zusammengefasst?

2

NEUGLIEDERUNG DER PLANUNGSBEREICHE

Wie sind die Regionen in Zukunft geografisch zugeschnitten? Gibt es für die einzelnen Planungsgruppen unterschiedlich große Planungsbereiche?

3

NEUFESTLEGUNG DER VERHÄLTNISSZAHLEN

Wie viele Ärzte und Psychotherapeuten sollen sich in einem Planungsbereich niederlassen dürfen? Welche Verhältniszahlen (Einwohner je Arzt/Psychotherapeut) sollen für die Planungsgruppen künftig gelten?

4

NEUREGELUNG DES SONDERBEDARFS

Auf Basis welcher Kriterien kann in Zukunft eine Zulassung aufgrund von Sonderbedarf erfolgen?

NEUEINTEILUNG DER PLANUNGSGRUPPEN

Für die Bedarfsplanung werden Ärzte und Psychotherapeuten, zum Teil mit unterschiedlicher fachlicher Ausrichtung und Spezialisierung, in Planungsgruppen zusammengefasst. Die derzeitige Planung sieht 14 Gruppen vor (zum Beispiel Hausärzte, Kinderärzte, Orthopäden, Facharztinternisten, Psychotherapeuten). Arztgruppen mit weniger als 1.000 Ärzten bundesweit unterliegen bislang nicht der Bedarfsplanung. Sie können sich zurzeit überall in Deutschland unbegrenzt niederlassen.

VORSCHLAG KBV

- Es werden alle Fachgruppen in die Planung einbezogen. Damit würden künftig auch kleinere Fachgruppen wie Strahlentherapeuten, Pathologen, Laborärzte und Transfusionsmediziner der Bedarfsplanung und gegebenenfalls einem Zulassungsstopp unterliegen.
- Es werden 21 Planungsgruppen gebildet, auf die alle Ärzte und Psychotherapeuten verteilt werden.
- Eine Feinplanung der spezialisierten Fachgruppen (beispielsweise der Facharztinternisten nach Rheumatologen, Kardiologen, Gastroenterologen etc.) ist auf Bundesebene nicht vorgesehen. Sie kann regional erfolgen.



NEUGLIEDERUNG DER PLANUNGSBEREICHE

Um eine wohnortnahe ambulante medizinische Versorgung zu gewährleisten, ist die Bundesrepublik derzeit in 395 Planungsbereiche unterteilt. Diese Planungsbereiche entsprechen in der Regel den kreisfreien Städten und den Landkreisen. Insbesondere für den hausärztlichen Bereich sind sie häufig zu groß, für hoch spezialisierte fachärztliche Disziplinen wiederum zu klein.

VORSCHLAG KBV

- Die Planungsbereiche werden sich nicht mehr starr an den Grenzen von Städten und Gemeinden orientieren.
- Die Planungsbereiche werden für unterschiedliche Fachgruppen unterschiedlich groß sein. Die Größe richtet sich nach dem Grad der Spezialisierung und der Häufigkeit der Inanspruchnahme durch die Patienten. Dabei gilt folgende Grundregel: Je spezialisierter ein Versorgungsbereich ist, desto größer ist der Raumzuschnitt.
- Das KBV-Konzept sieht vier Planungsbereiche vor, die sich an folgenden Versorgungsebenen orientieren:

Hausärztliche Versorgung

Die hausärztliche Versorgung wird kleinräumig geplant, um eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Statt derzeit 395 Planungsbereichen soll es bis zu 4.000 Planungsbereiche geben. Sie orientieren sich an den Grenzen der Gemeindeverbände und Verbandsgemeinden.

Regionaler Spielraum: Bei Planungsbereichen, die zu groß oder zu klein sind, können die regionalen Landesausschüsse entscheiden, ob eine weitere Untergliederung oder eine Zusammenlegung sinnvoll ist.

Wohnortnahe fachärztliche Versorgung

Etwas größer als für die hausärztliche Versorgung fallen die Planungsbereiche für die wohnortnahe fachärztliche Versorgung (zum Beispiel Gynäkologen, Augenärzte, Orthopäden) aus. Das Besondere: Beim Zuschnitt der Planungsbereiche sollen auch sogenannte Mitversorgungseffekte der Städte berücksichtigt werden. Denn Fachärzte in Ballungszentren werden häufig auch von Patienten aus den umliegenden Ortschaften aufgesucht. Die KBV schlägt deshalb vor, sich auf dieser Versorgungsebene an den stadtreionalen Zonen (Pendlerregionen) zu orientieren, die das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) festgelegt hat.

Regionaler Spielraum: Sollte sich herausstellen, dass die Einteilung zu klein- oder zu großräumig ist, haben die Landesausschüsse die Möglichkeit, Städte mit mehr als 100.000 Einwohnern weiter zu untergliedern oder Gemeinden innerkreislich nach anderen Kriterien abweichend von der BBSR-Systematik zusammenzufassen.

Sonderbereiche I und II der fachärztlichen Versorgung

Noch einmal anders stellt sich die Situation für stark spezialisierte Fachärzte wie Nuklearmediziner oder Neurochirurgen dar, die von nur einem geringen Anteil der Bevölkerung in Anspruch genommen werden oder gar keinen direkten Patientenkontakt haben (zum Beispiel Pathologen). Ihr Einzugsbereich ist relativ groß. Das KBV-Konzept sieht für diese Arztgruppen deutlich weniger und damit erheblich größere Planungsbereiche vor als bisher: Für den Sonderbereich I (beispielsweise Radiologen, Fachinternisten) insgesamt 96, für den Sonderbereich II (wie Nuklearmediziner, Neurochirurgen und Laborärzte) 17. Letztere entsprechen den 17 KV-Bereichen.

NEUFESTLEGUNG DER VERHÄLTNISSZAHLEN

Die Verhältniszahl ist ein weiteres entscheidendes Instrument auf dem Weg in eine neue und gerechtere Bedarfsplanung. Sie legt fest, wie viele Ärzte und wie viele Psychotherapeuten für die Bewohner eines Planungsbereiches benötigt werden. Doch wie kann die Zahl der Hausärzte, Orthopäden, Radiologen oder Psychotherapeuten ermittelt werden, die für eine gute ambulante medizinische Versorgung erforderlich ist?

Die bisher geltenden Verhältniszahlen orientieren sich ausschließlich an der Versorgungssituation zu einem bestimmten Stichtag. Bei der neuen Bedarfsplanung, so sieht es das Gesetz vor, soll die demografische Entwicklung darüber mitentscheiden, wie viele Ärzte benötigt werden. Weitere Kriterien wie die Morbidität oder soziale Faktoren können regional bei der Ermittlung von Sonderbedarf berücksichtigt werden.

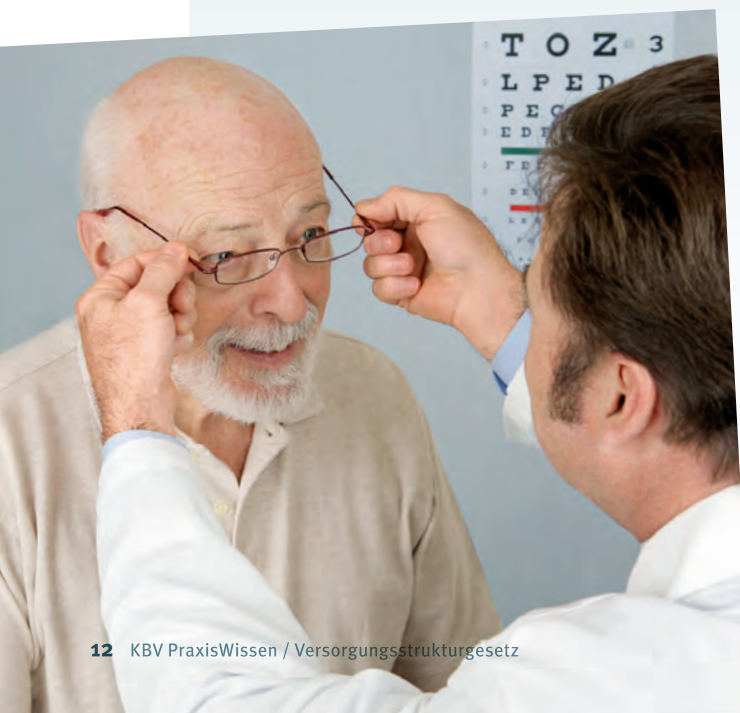
VORSCHLAG KBV

➤ Für die 21 Arztgruppen, die der Bedarfsplanung unterliegen, sind insgesamt sieben Verhältniszahlen vorgesehen: Je eine Verhältniszahl für die hausärztliche Versorgung, die fachärztliche Versorgung im Sonderbereich I und im Sonderbereich II sowie vier Verhältniszahlen für die wohnortnahe fachärztliche Versorgung. Diese Zahlen, die das Einwohner-Arzt-Verhältnis abbilden, sollen bundesweit einheitlich sein. Regionale Abweichungen sind möglich.

Zur Festlegung der Verhältniszahlen soll unter Berücksichtigung der Altersentwicklung der Bevölkerung ein Stichtag festgesetzt werden, an dem die Versorgung als „angemessen“ definiert wird.

Der Demografiefaktor

Der Vorschlag der KBV, das Alter der Bevölkerung bei der Versorgungsplanung zu berücksichtigen, ist teilweise bereits umgesetzt. Seit Anfang 2011 fließt der höhere Behandlungsbedarf älterer Patienten über einen Demografiefaktor in die Berechnung der Verhältniszahlen ein. Ist in einer Region die Zahl der über 60-Jährigen sehr viel höher als sonst im Bundesgebiet, dürfen sich dort zum Beispiel mehr Augenärzte niederlassen.



NEUREGELUNG DES SONDERBEDARFS

Die Möglichkeit von Sonderbedarfszulassungen in gesperrten Planungsbereichen ist nicht neu. Auch jetzt schon können die Zulassungsausschüsse entsprechenden Anträgen zustimmen, wenn es aufgrund besonderer Versorgungsnotwendigkeiten einen lokalen Sonderbedarf gibt. Klare Kriterien fehlen jedoch.

Mit der neuen Bedarfsplanung, so sieht es das Gesetz vor, soll es klare Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze geben. Es ist Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Vorgaben und Konstellationen so zu konkretisieren, dass die Erteilung einer Sonderzulassung im Bedarfsfall erleichtert wird.

VORSCHLAG KBV

➤ In der Kleinstadt X gibt es überdurchschnittlich viele Demenzzranke. Die Region ist aber für die Zulassung weiterer Neurologen „gesperrt“, obwohl es einen erhöhten Versorgungsbedarf gibt. Besteht ein Sonderbedarf? Um dies entscheiden zu können, soll der Zulassungsstandort künftig genau analysiert und bewertet werden: Gibt es an dem Standort überhaupt ausreichend Versicherte? Decken Ärzte in der Umgebung den zusätzlichen Bedarf bereits ab? Ist eine weitere Niederlassung am Standort wirtschaftlich?

Die KBV greift dabei auf vergleichbare Analysesysteme zurück, die heute schon bei der Standortplanung zahlreicher Wirtschaftsbereiche verwendet werden. Ziel ist es, dass die Entscheidung des Zulassungsausschusses künftig auf der Grundlage solcher Analysen erfolgen und Abweichungen begründet werden sollen.

AUSWIRKUNGEN DER NEUEN BEDARFSPLANUNG

Die neue Bedarfsplanung ist ein Baustein, um weiterhin allen Bürgern in Deutschland einen vergleichbaren Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Sie wird zwar nicht automatisch dazu führen, dass es mehr Ärzte gibt. Mit ihr soll es aber möglich werden, den Bedarf gerade in ländlichen Gebieten passgenau zu planen und auszuweisen. Dadurch ergeben sich für Ärzte und Psychotherapeuten mehr Möglichkeiten der Niederlassung. So können sich in einer Planungsregion, die heute für neue Zulassungen komplett gesperrt ist, künftig in einigen Gegenden neue Ärzte und Psychotherapeuten niederlassen, sofern dort Bedarf besteht.

➤ WEITERE VORTEILE

Die neue Planung berücksichtigt stärker als bisher den tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung. So spielt die Demografie eine entscheidende Rolle. Auch Morbidität und soziale Faktoren wie Arbeitslosigkeit können bei der Versorgungsplanung berücksichtigt werden. Für Städte wird besser als bisher die Mitversorgung umliegender Gegenden erfasst. Außerdem erhalten die Regionen mehr Spielraum, die Versorgung vor Ort zu gestalten.

➤ WEITERES VORGEHEN

Das Konzept der KBV zur Bedarfsplanung ist Diskussionsgrundlage im Gemeinsamen Bundesausschuss. Voraussichtlich im Sommer 2012 werden die Grundzüge der Bedarfsplanung in einer Richtlinie vorliegen. Ziel ist es, die neue Bedarfsplanung zum 1. Januar 2013 in Kraft zu setzen.

Maßnahmen gegen den Ärztemangel: Der Arztberuf soll wieder attraktiver werden

Die Politik hat eine Reihe von Maßnahmen beschlossen, um dem Problem des drohenden Ärztemangels entgegenzuwirken. Die künftige Bedarfsplanung ist ein Mittel, um die Versorgung mit Ärzten und Psychotherapeuten den Anforderungen in den einzelnen Regionen anzupassen. Zusätzlich soll es für Ärzte und Psychotherapeuten Anreize geben, sich in unterversorgten Gebieten niederzulassen. Dazu zählen finanzielle Zuschläge, die Aufhebung der Residenzpflicht, bessere Bedingungen bei der Gründung einer Zweitpraxis und die Möglichkeit, ärztliche Leistungen zu delegieren. Darüber hinaus soll die Patientenversorgung für Nachwuchsmediziner attraktiver werden. Dazu gibt es etwa Hilfestellungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

UNTERSTÜTZUNG FÜR LANDÄRZTE

Ein Mittel, um die Versorgung in Zukunft sicherzustellen, ist, die ärztliche Tätigkeit in unterversorgten Gebieten finanziell besonders zu fördern. Die davon betroffenen Ärzte müssen in der Regel mehr Patienten betreuen als viele ihrer Kollegen in der Stadt. Deshalb werden ihre Leistungen voll vergütet. Das heißt, eine Mengensteuerung über eine Abstufung der Preise findet hier nicht statt.

Die Entscheidung, sich auf dem Land niederzulassen, hängt für einen Arzt oft auch von den Perspektiven für seine Familie ab, die dort ebenfalls Fuß fassen muss. Der Partner benötigt eine Arbeit, die Kinder eine Betreuung oder Schule in der Umgebung. Damit diese Herausforderung besser zu meistern ist, hat der Gesetzgeber die sogenannte Residenzpflicht für Ärzte aufgehoben: Sie können künftig auch deutlich von ihrer Praxis entfernt wohnen, beispielsweise in der Stadt, und zu ihrer auf dem Land gelegenen Praxis pendeln.

FILIALPRAXEN SOLLEN VERSORGUNG VERBESSERN

Es wird zudem leichter, Filialpraxen zu eröffnen. Um eine Genehmigung zu bekommen, ist es ausreichend zu zeigen, dass sich durch die Zweigpraxis das Versorgungsangebot am neuen Standort verbessern, das am Stammsitz aber nicht wesentlich verschlechtern wird.

Für die Gründung von Zweigpraxen und für die Investition in eine Neuniederlassung können Ärzte in unterversorgten Gebieten von ihrer KV künftig finanzielle Zuschüsse bekommen. Dafür ist es den Kassenärztlichen Vereinigungen möglich, spezielle Strukturfonds zu bilden, in die sie bis zu 0,1 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einzahlen. Die Landesverbände der Krankenkassen müssen dann zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds entrichten.

Angesichts des Ärztemangels in bestimmten Regionen und der immer älter werdenden Bevölkerung kommt auf viele Ärzte mehr Arbeit zu. Bei bestimmten

Aufgaben können sie sich aber künftig von medizinischen Fachkräften aus ihrem Team vertreten lassen. Das Versorgungsstrukturgesetz erteilt der KBV und den Krankenkassen den Auftrag, eine Liste von Leistungen zu erstellen, die übertragen werden können.

PRAXIS UND FAMILIE LEICHTER MITEINANDER VEREINBAREN

Sich mit einer Praxis selbstständig zu machen, erscheint vielen jungen Medizinerinnen als Hürde. Besonders dann, wenn sie noch eine Familie gründen möchten. Doch Beruf und Familie lassen sich künftig einfacher miteinander vereinbaren. Vertragsärztinnen und -psychotherapeutinnen können sich nach der Geburt ihres Kindes in Zukunft doppelt so lange wie bisher, nämlich zwölf Monate, vertreten lassen. Danach können Ärzte und Psychotherapeuten bis zu 36 Monate einen Entlastungsassistenten beschäftigen, um mehr Zeit für die Erziehung ihrer Kinder zu haben. Für die Pflege eines Angehörigen sind bis zu sechs Monate erlaubt. Die KVen können diese Zeiträume jeweils verlängern.

KV-PRAXEN ALS STARTHILFE FÜR EXISTENZGRÜNDER

Wo ein Arztsitz nicht besetzt werden kann, können die Kassenärztlichen Vereinigungen eigene Praxen betreiben und dort Ärzte anstellen. Eigeneinrichtungen der KVen gibt es bereits jetzt schon, der Gesetzgeber hat für diese nun eine rechtliche Grundlage geschaffen. Die KV-eigenen Praxen stellen auch eine Starthilfe für die Existenzgründung dar. Dort angestellte Ärzte können die Praxis später von der KV übernehmen. Auch Kommunen ist es möglich, in Zukunft für die medizinische Versorgung ihrer Einwohner tätig zu werden und Eigeneinrichtungen zu betreiben, wenn die Versorgung nicht anders gewährleistet werden kann. Diese Einrichtungen muss die KV jedoch genehmigen.

FÖRDERUNG VON PRAXISNETZEN

Der Gesetzgeber hat die Rolle von Praxisnetzen für eine wohnortnahe Versorgung erkannt. In ihnen können sich Vertragsärzte verschiedener Fachrichtungen zusammenschließen. Die KVen erhalten jetzt die Möglichkeit, sie finanziell zu fördern. Dafür beschließen die KBV und die Krankenkassen zusammen Kriterien und Anforderungen für besonders förderungswürdige Praxisnetze.

PRAXISSITZVERLEGUNG NUR UNTER BESTIMMTEN VORAUSSETZUNGEN MÖGLICH

Möchte ein Niedergelassener seine Praxis verlegen, darf sich die Versorgungssituation am Ort des Praxissitzes dadurch nicht verschlechtern. Das gilt auch für die Verlegung von Praxissitzen in Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Ärzte, die sich niederlassen wollen, haben gegenüber MVZ unter bestimmten Bedingungen übrigens ein Vorkaufsrecht für Vertragsarztsitze.

ANGEMESSENE WARTZEITEN FÜR PATIENTEN

Die KBV-Versichertenbefragung des Jahres 2011 zeigt: Die gesetzlich versicherten Patienten sind mit den Wartezeiten auf einen Termin in der Regel zufrieden. Laut Gesetz ist es Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, im Rahmen des Sicherstellungsauftrages eine angemessene und zeitnahe fachärztliche Versorgung zur Verfügung zu stellen. Gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen sollen die KVen jetzt regeln, „welche Zeiten im Regelfall und im Ausnahmefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen“. Weitere Einzelheiten sollen in den Gesamtverträgen vereinbart werden.

WERDEN PRAXEN AUFGEKAUFT?

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass der mit Krankenkassen- und KV-Vertretern besetzte Zulassungsausschuss über den Aufkauf von Praxen entscheiden kann. Er kann den Antrag eines Vertragsarztes oder Vertragspsychotherapeuten auf Nachbesetzung seines Praxissitzes in einem übersorgten Gebiet ablehnen. In diesem Fall sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, den Praxissitz aufzukaufen und dem Arzt beziehungsweise Psychotherapeuten eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes der Praxis zu zahlen. Der Zulassungsausschuss darf diese Entscheidung aber nur treffen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Ausgenommen von der Aufkaufsregelung sind auch Fälle, wo zum Beispiel ein Angehöriger des ausscheidenden Arztes die Praxis weiterführen will. Ob und in welchem Umfang von der Regelung Gebrauch gemacht wird, ist noch nicht absehbar.

Spezialfachärztliche Versorgung: Neues Angebot für schwer kranke Patienten

Die von der Politik in den vergangenen Jahren forcierte Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen hat für viel Unruhe gesorgt. Statt die Zusammenarbeit zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern zu fördern, wurde ein Wettbewerb mit unterschiedlich langen Spießern gestartet. Mit dem zu Jahresbeginn in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz wurde der § 116 b im Sozialgesetzbuch V nunmehr neu ausgestaltet. Er sieht vor, dass niedergelassene Fachärzte und Klinikärzte komplexe, schwer therapierbare Erkrankungen ambulant behandeln können und zwar zu den gleichen Konditionen. Dazu wird eine neue Versorgungsform eingeführt: die ambulante spezialfachärztliche Versorgung.

Im Rahmen der neuen Versorgungsform sollen wenige komplexe, schwer therapierbare Erkrankungen behandelt werden, die eine spezielle Qualifikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordern. Dazu gehören schwere Verlaufsformen von Krebs, HIV/AIDS, Mukoviszidose und Multiple Sklerose. Die ambulante Behandlung kann sowohl in einer Praxis als auch im Krankenhaus erfolgen. Patienten, die sich für die Klinik entscheiden, benötigen in der Regel die Überweisung ihres Vertragsarztes.

Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt einheitliche Qualitätsstandards vor, die Ärzte und Krankenhäuser erfüllen müssen. Dazu gehört auch ein sogenanntes Kooperationserfordernis. Das sieht vor, dass Krankenhäuser bei der Versorgung von Krebs-Patienten mit einem niedergelassenen Kollegen kooperieren müssen.

VERGÜTUNG AUSSERHALB DER MGV ZU FESTEN PREISEN

Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Das heißt: Die Vertragsärzte er-

halten jede spezialfachärztliche Leistung zu festen Preisen honoriert, auch wenn der Behandlungsbedarf steigt. Dazu wird der fachärztliche Vergütungsanteil der MGV einmalig um die spezialfachärztlichen Leistungen bereinigt, die die niedergelassenen Ärzte auch heute schon erbringen. Nach Herausnahme dieser Leistungen aus dem Vergütungstopf aller Ärzte erfolgt die Honorierung außerhalb der MGV. Für spezialfachärztliche Leistungen wird es im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ein eigenes Kapitel geben. Zu einem späteren Zeitpunkt soll die Selbstverwaltung ein Vergütungssystem für spezialfachärztliche Behandlungen entwickeln.

FAIRE WETTBEWERBS- BEDINGUNGEN

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung konnte sich damit weitgehend mit ihren Forderungen durchsetzen. Sie hatte sich bis zum Schluss für faire Wettbewerbsbedingungen zwischen ambulantem und stationärem Sektor eingesetzt. Niedergelassene Ärzte sollten nicht wieder benachteiligt werden. In einem Punkt

gelang dies nicht ganz: Während im ambulanten Bereich nur Fachärzte an der neuen Versorgung teilnehmen, reicht im Krankenhaus der Facharztstandard aus: Dort muss nur ein Facharzt überwachend anwesend sein, die Leistung erbringen kann auch ein Nicht-Facharzt, so sieht es das Gesetz vor.

START DER SPEZIALFACH- ÄRZTLICHEN VERSORGUNG NICHT VOR 2013

Die nähere Ausgestaltung der neuen Versorgungsform erfolgt derzeit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Dazu wird eine Richtlinie erarbeitet. Sie soll am 1. Januar 2013 in Kraft treten. Erst danach geht der neue Versorgungsbereich an den Start.

Um welche Erkrankungen und Leistungen geht es?

- komplexe, schwer therapierbare Erkrankungen, die hochspezialisiertes Wissen für Diagnostik und Therapie, interdisziplinäre Kooperation und besondere Ausstattungen erfordern; hierzu gehören schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen sowie hochspezialisierte Leistungen
 - ambulante Operationen sind nicht Bestandteil der spezialfachärztlichen Versorgung; sie sind weiter im § 115b SGB V geregelt
-

Wer kann teilnehmen?

- Fachärzte und Krankenhäuser, die über besondere Qualifikationen verfügen
 - auch Hausärzte mit Schwerpunkten, beispielsweise in der Onkologie- und HIV/AIDS-Versorgung, welche die Voraussetzungen zur Teilnahme an der spezialfachärztlichen Versorgung erfüllen
-

Wer entscheidet über die Teilnahme?

- die Landesausschüsse, Ärzte und Krankenkassen, die für diese Aufgabe um Vertreter der Krankenhäuser erweitert werden; sie können damit auch Dritte beauftragen, zum Beispiel die Kassenärztliche Vereinigung
-

Wie erfolgt die Vergütung?

- zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzung
 - der EBM wird um ein Kapitel für die spezialfachärztliche Versorgung ergänzt
 - später soll ein eigenes Vergütungssystem für spezialfachärztliche Behandlungen entwickelt werden
-

Wie erfolgt die Abrechnung?

- direkt mit den Krankenkassen oder mit der Kassenärztlichen Vereinigung, die Entscheidung liegt beim Vertragsarzt

Vergütung: Über Geld wird wieder regional verhandelt

Von der Bundesebene in die Regionen: Über die Vergütung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen wird künftig wieder vor Ort entschieden. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) gehen viele Kompetenzen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) über. Sie haben bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen über die Höhe der Gesamtvergütung künftig mehr Spielräume; sie legen auch fest, wie das Geld verteilt wird. Damit sollen regionale Besonderheiten in der ambulanten medizinischen Versorgung besser berücksichtigt werden können. Außerdem sieht das Gesetz Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vor. Dabei soll vor allem die strenge Pauschalierung aufgebrochen werden, um ärztliche Leistungen besser abbilden und gerechter vergüten zu können.

HONORAR REGIONAL VERTEILEN

Seit dem 1. Januar 2012 haben die KVen die Möglichkeit, die Honorarverteilung wieder weitestgehend eigenständig durchzuführen. Die Entscheidung liegt bei ihnen: Sie können die vor drei Jahren bundesweit eingeführte Systematik aus Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen beibehalten, anpassen oder mit wenigen Ausnahmen auch komplett durch neue Regelungen ersetzen. Den Rahmen gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung vor, die die Honorarverteilung bis zuletzt mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband) für alle Ärzte und Psychotherapeuten bundesweit ausgehandelt hatte. Sie hat den gesetzlichen Auftrag, bestimmte Vorgaben zur Honorarverteilung zu machen, zum Beispiel, dass die haus- und fachärztliche Trennung der Vergütung beibehalten wird. Da das Gesetz erst Ende 2011 verabschiedet wurde, gilt in den meisten KV-Bereichen die „alte“ Honorarsystematik vorerst fort.

HONORAR REGIONAL VERHANDELN

Auch über die Honorarentwicklung wird künftig im Wesentlichen wieder regional entschieden. Mit der Gesundheitsreform von 2007 war diese Aufgabe in entscheidenden Punkten auf die Bundesebene übergegangen: Die KBV hatte fortan mit den Krankenkassen die Honorarsteigerungen verhandelt. Ab dem Jahr 2013 werden die KBV und der GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss nur noch Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Gesamtvergütung erarbeiten. Diese betreffen vor allem die morbiditätsspezifische Veränderungsrate für die einzelnen KV-Bereiche – ein entscheidender Faktor für Honorarsteigerungen. Auch zu anderen Punkten wie der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in Folge von Selektivverträgen oder der Frage, welche Leistungen außerhalb der MGV ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen vergütet werden, wird der Bewertungsausschuss Empfehlungen erarbeiten, die Grundlage für die Verhandlungen auf Landesebene sind.

ZUSCHLAG FÜR BESONDERS FÖRDERUNGSWÜRDIGE LEISTUNGEN

Das VStG führt auf Landesebene ab 2013 einen neuen Zuschlag ein: für besonders zu fördernde Praxen sowie Leistungen sollen die Krankenkassen zusätzliche Gelder bereitstellen. So können Praxen in unterversorgten Regionen einen Punktwertzuschlag auf ihre Leistungen erhalten und darüber gezielt gefördert werden. Dieser extrabudgetär vergütete Zuschlag war ursprünglich als generelle Option geplant, ist nun aber verengt auf „insbesondere“ unterversorgte oder durch Unterversorgung bedrohte Gebiete. Inwieweit die Zuschläge erteilt werden können, hängt davon ab, ob die Kassen mitziehen. Was als Verbesserung der Versorgung und besonders förderungswürdig gilt, hat der Bewertungsausschuss durch Kriterien zu definieren.

EBM: MEHR EINZELLEISTUNGEN STATT PAUSCHALEN

Das VStG lockert den Pauschalierungszwang: Im EBM soll es wieder mehr Einzelleistungen statt Pauschalen geben. So sollen in den Versichertenpauschalen möglichst nur noch die Leistungen zusammengefasst werden, die jeder Hausbeziehungsweise Facharzt bei seinen Patienten erbringt. Alle anderen Leistungen können wieder separat im EBM aufgeführt werden. Darüber hinaus erhält der Bewertungsausschuss den Auftrag, die Pauschalen weiter zu differenzieren. Möglich ist eine stärkere Unterscheidung nach dem Alter des Patienten und seinem Krankheitszustand. Die Höhe der Pauschale könnte sich aber auch danach richten, ob eine Erkrankung mit höherem Aufwand neu diagnostiziert oder eine Behandlung mit geringerem Aufwand fortgeführt wird. Der EBM soll dazu schrittweise weiterentwickelt werden. Neu hinzukommen Leistungen der telemedizinischen Versorgung, die bis Ende März 2013 in den EBM aufgenommen werden sollen.

OFFENE FORDERUNG: ANGLEICHUNG DER VERGÜTUNG

Eine Forderung der Ärzteschaft hat der Gesetzgeber nicht ins Gesetz aufgenommen: Die KBV hatte gefordert, dass in KVen mit einer unterdurchschnittlichen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten eine Anhebung dieses Betrages auf den Bundesdurchschnitt von im Jahr 2012 rund 350 Euro erfolgen muss. Dazu wären insgesamt etwa 514 Millionen Euro zusätzlich erforderlich gewesen. Die KBV wird auch weiter die Forderungen der Vertreterversammlung an den Gesetzgeber herantragen.

WER MACHT WAS?

➤ KV-REGIONEN

Die 17 KVen erstellen eigene Honorarverteilungsmaßstäbe und legen fest, wie das Honorar verteilt wird. Sie verhandeln für ihre Mitglieder auch über die Höhe der Vergütung. Dazu erhalten sie Empfehlungen der Bundesebene, von denen sie abweichen können.

➤ BUNDESEBENE

Auf Bundesebene verbleiben vor allem Kompetenzen, um Rahmenvorgaben zu treffen. Zur Honorarverteilung in den KV-Bereichen erarbeitet die KBV lediglich Vorgaben. Die KBV legt darüber hinaus in Abstimmung mit den Kassen die Trennung der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütung sowie die angemessene Höhe der Vergütung der richtliniengebundenen psychotherapeutischen Leistungen fest. Im Bewertungsausschuss werden KBV und Krankenkassen weiterhin Vorgaben zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung beschließen, die durch Selektivverträge notwendig sind. Zur Gesamtvergütung gibt der Bewertungsausschuss nur noch Empfehlungen für Veränderungsraten an die KVen weiter.

WAS SICH BEREITS 2012 TUT

➤ HONORARHÖHE

Das Versorgungsstrukturgesetz hat auf die Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in diesem Jahr noch keine Auswirkungen. Die Steigerungsrate ist durch das GKV-Finanzierungsgesetz fest vorgegeben: Danach erhöht sich die MGV im Jahr 2012 bundesweit um 1,25 Prozent. Ab dem Jahr 2013 verhandeln dann die KVen mit den Krankenkassen vor Ort, wie sich das Honorar in dem jeweiligen KV-Bereich entwickelt.

➤ EXTRABUDGETÄRE LEISTUNGEN

Eine Änderung gibt es bei den sogenannten extrabudgetären Leistungen. Sie werden bereits ab diesem Jahr wieder ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen vergütet. Zum Hintergrund: Der Gesetzgeber hatte einige dieser Leistungen ursprünglich für die Jahre 2011 und 2012 aus Kostengründen gedeckelt. Davon betroffen waren auch die ambulanten Operationen und belegärztlichen Leistungen. Zusätzliche Leistungen wurden dadurch nur teilweise honoriert.

➤ HONORARVERTEILUNG

Regelleistungsvolumen, qualifikationsgebundene Zusatzvolumen oder Praxisbudgets? Die Honorarverteilung kann sich bereits 2012 ändern. Die Entscheidung darüber treffen die KVen. Sie können eigene Honorarverteilungsmaßstäbe aufstellen.

Neues Arzneimittelkonzept: Das Zukunftsvorhaben im Modellversuch

Die KBV hat zusammen mit der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) ein zukunfts-trächtiges Arzneimittelkonzept entwickelt. Es bringt entscheidende Vorteile für Arzt und Patient mit sich und spart dabei auch noch Kosten ein. Es sorgt für eine optimale Arzneimitteltherapie und unterstützt den Arzt in der Verordnung. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber die Möglichkeit eröffnet, das Arzneimittelkonzept in einer Modellregion zu erproben.

Ständig wechselnde Medikamente, immer wieder andere Preise – für Ärzte wird es immer schwieriger, bei der Verordnung von Arzneimitteln den Überblick zu behalten. Hinzu kommt die Sorge vor einem Regress. Das KBV-ABDA-Modell steuert dem entgegen. Sein Ziel: Der

Arzt soll sich wieder verstärkt darauf konzentrieren können, welche Therapie für seine Patienten die beste ist. Er wählt den Wirkstoff aus, der Apotheker das Produkt. Patienten, die dauerhaft fünf und mehr Medikamente einnehmen, erhalten außerdem einen Medikations-

plan. Der Arzt weiß somit genau, welche verschreibungspflichtigen und freiverkäuflichen Medikamente die Patienten einnehmen. Dies erhöht die Sicherheit.

SO SIEHT ES DAS VERSORGUNGS- STRUKTURGESETZ VOR

Laut VStG wird das KBV-ABDA-Konzept im Rahmen eines bis zu drei Jahre dauernden Modellvorhabens getestet. Dabei soll insbesondere ein Medikationskatalog auf Wirkstoffbasis erprobt werden. Darüber hinaus kann vereinbart werden, dass Ärzte in der Regel Wirkstoffe verordnen und dass bei chronisch kranken Patienten zur Verbesserung der Therapietreue und zur Verminderung von Arzneimittelrisiken ein Medikationsmanagement erfolgt. Mit dem Modellvorhaben ist eine Ablösung der preisbezogenen Richtgrößenprüfung verbunden. Die Vorbereitungen für das Projekt sind bereits angelaufen. In diesem Jahr sollen die letzten Weichen gestellt werden, damit das Zukunftskonzept spätestens im Januar 2013 starten kann.

DAS ARZNEIMITTELKONZEPT VON KBV UND ABDA

MEDIKATIONSMANAGEMENT

➤ Das Medikationsmanagement richtet sich vor allem an chronisch Kranke, die mindestens fünf Arzneimittel dauerhaft einnehmen. Ein Arzt und ein Apotheker betreuen dabei für die Dauer eines Jahres den Patienten zusammen: Beispielsweise erstellen sie gemeinsam einen vollständigen und auf die Bedürfnisse des jeweiligen Patienten zugeschnittenen Medikationsplan. Arzneimittelrisiken wie Doppelverordnungen, die für den Patienten aufgrund der unterschiedlichen Arzneimittelnamen nicht ohne Weiteres erkennbar sind, lassen sich so vermeiden. Eine Honorierung für beide Seiten – Arzt und Apotheker – ist vorgesehen.

WIRKSTOFFVERORDNUNG

➤ Hierbei schreibt der Arzt in der Regel Wirkstoffe und nur noch in medizinisch begründeten Ausnahmefällen ein konkretes Präparat auf das Rezept. Er legt auch die Wirkstärke, Menge und Therapiedauer fest. Der Apotheker wählt dann aus den verfügbaren Arzneimitteln das Präparat, für das zwischen Krankenkasse und Pharmaindustrie ein Rabattvertrag besteht. Der Arzt kann sich somit voll und ganz auf die ärztliche Verordnung konzentrieren. Die ärztliche Therapiehoheit wird dabei keinesfalls eingeschränkt. Für den Patienten soll künftig der Wirkstoffname deutlich auf der Arzneimittelpackung lesbar sein.

MEDIKATIONSKATALOG

➤ Der Medikationskatalog auf Wirkstoffbasis gibt einen Behandlungskorridor vor und ist eine Art Leitplanke, die den Arzt bezüglich einer evidenzbasierten, sicheren und wirtschaftlichen Verordnungsentscheidung unterstützen soll. Die freie Therapieentscheidung des Arztes im Einzelfall bleibt davon unberührt. Der Medikationskatalog ist keine Positivliste. Im Gegensatz zur Positivliste, die verbindlich die verordnungsfähigen Arzneimittel aufführt, ist der Medikationskatalog eine Empfehlung.



IMPRESSUM

Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion: Dezernat Kommunikation

Gestaltung: www.malzwei.de

Fotos: axentis.de / Georg Lopata, Berlin;

fotofinder.com / www.BilderBox.com;

iStockphoto.com / Infografick / lisafox@maakenzi.de;

Shotshop.com / danstar / froxx / Igor Glinnik / marcus

Stand: Januar 2012

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde in diesem Bericht immer die männliche Form der Personenbezeichnung gewählt. Selbstverständlich ist hiermit auch die weibliche Form (zum Beispiel Ärztin, Psychotherapeutin oder Patientin) gemeint, soweit nicht anders vermerkt.

DAS VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ
www.kbv.de