

Newsletter-Beitrag 07.04.2020

Vertragsarztpraxen in der Corona-Krise

In der Zwickmühle zwischen Sprechstundenpflicht, Umsatzeinbruch und unzureichenden Finanzhilfen

Die Aufrechterhaltung des Praxisbetriebs trotz massiver Umsatzeinbrüche ist für einen Großteil der Niedergelassenen nahezu unmöglich geworden. Insbesondere Praxen, deren Leistungen als aufschiebbar gelten, sind seit dem 20.03.2020 wie leergefegt. Besonders hart trifft das die Zahnärzte, aber auch Humanmediziner, deren Situation wir nachfolgend beleuchten. Dort haben nahezu alle Fachgruppen drastische Einbrüche zu verzeichnen: Termine für die elektiven Eingriffe sind ausgesetzt, Patienten stornieren Routine- und Kontrolltermine aus Sorge vor Ansteckung, Personal fällt aus, Hygienematerial fehlt, Zuweisungen bleiben aus.

Honorarverluste abzufedern, Kosten zu sparen und Kapazitäten übergangsweise flexibel zu reduzieren, ist deswegen das Gebot der Stunde: Die KVen sind gefordert, klare finanzielle Zusagen für das zweite Quartal zu machen. Außerdem sollten die Sprechstundenverpflichtungen der §§ 19a Abs. 1 Ärzte-ZV, 17 Abs. 1a BMV-Ä sachgerecht für die Facharztpraxen reduziert werden, denen aktuell die Nachfrage fehlt oder die aufgrund personeller oder hygienischer Gründe gehindert sind, die Mindestsprechstundenzeiten anzubieten. Dies ermöglicht Einsparungen bei den Personalkosten durch Nutzung der Entlastungseffekte des Kurzarbeitergeldes. Nur dann kann der Umsatzeinbruch, soweit er nicht ausgeglichen wird, in seinen existenzgefährdenden Wirkungen gemildert werden.

I. Die Entlastungsmaßnahmen im Überblick

Der Gesetzgeber hat bislang speziell gesundheitsrechtlich nur vage Grundlagen zukünftiger Ausgleichs von Honorarumsatzausfällen geregelt: §§ 87a Abs. 3b und 87b Abs. 2a SGB V. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben teilweise positive Absicherungen früh kommuniziert, beispielsweise die KV Baden-Württemberg. Dies betrifft bedauerlicher Weise momentan lediglich das in der Gesamtbetrachtung noch „wenig dramatische“ 1. Quartal 2020.

Festzuhalten ist also, dass es aktuell keine Honorargarantien gibt und Praxisinhaber ihre Praxis trotz Patientenschwund nicht einfach „unverändert weiterlaufen“ lassen können. Allein das ersatzlose Wegbrechen erheblicher PKV-Umsätze ist für viele Praxen bedrohlich (siehe [hier](#)).

Kurzarbeit wäre zur krisenbedingten Anpassung der Praxis nicht nur bei MFA, sondern auch bei angestellten Ärzten eine unerlässliche Maßnahme. Die Sprechstundenverpflichtung müsste deswegen übergangsweise verlässlich dort reduziert werden können, wo keine Nachfrage besteht. Das wäre wegen fehlender Patienten auch ohne Verletzung des Sicherstellungs- und Versorgungsauftrags umsetzbar. In diesem Punkt besteht aber eine hohe Rechtsunsicherheit: Der jetzige Krisenfall kommt in den gesetzlichen Regelungen nicht vor. Den Ärzten scheint der Weg in die Kurzarbeit versperrt, welche die Wirtschaft als das wichtigste Instrument für die Rettung der Unternehmen über die Krisenzeit ansieht: Ärzte müssen in der Praxis bleiben und einen Versorgungsumfang anbieten, der nicht nachgefragt wird, während Ihnen zeitgleich die Einnahmen aus OP-, IGeL und Privatleistungen bereits wegbrechen.

II. Gesetzliche und behördliche Absicherung von Praxisbetrieben

Die wegen der Corona-Krise bislang speziell gesundheitsrechtlich umgesetzten Maßnahmen erheben den Anspruch, vertragsärztliche Leistungserbringer vor „zu hohen Honorarminderungen bei verringerten Inanspruchnahmen“ aufgrund von Patientenrückgängen (vgl. den Gesetzentwurf vom 24.03.2020, BT-Drs. 19/18112, dort S. 1, [hier](#)) zu schützen. Damit ist klar, dass der Gesetzgeber einen Schutz nicht vor Honorarausfällen als solchen, sondern vor existenzbedrohenden, „zu hohen“ Honorarausfällen bezweckt.

COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz, §§ 87a Abs. 3b und 87b Abs. 2a SGB V

Das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz (vgl. die Gesetzesmaterialien [hier](#)) regelt deswegen in §§ 87a Abs. 3b und 87b Abs. 2a SGB V folgende Rechtsgrundlagen für finanzielle „Absicherungen“ der Vertragsärzte (vgl. den Normtext im Gesamtzusammenhang unten im Anhang – Hervorhebung durch den Unterzeichner):

§ 87a Abs. 3b SGB V – konkrete Ausgleichszahlungen

(3b) *Mindert sich das **Gesamthonorar** eines vertragsärztlichen Leistungserbringers um **mehr als 10 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal** und ist diese Honorarminderung in einem Fallzahlrückgang **in Folge** einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses begründet, kann die Kassenärztliche Vereinigung eine befristete Ausgleichszahlung an den vertragsärztlichen Leistungserbringer leisten. **Die Ausgleichszahlung ist beschränkt auf Leistungen, die gemäß Absatz 3 Satz 5 und 6 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Die Ausgleichszahlung ist in der Höhe zu mindern, in der der vertragsärztliche Leistungserbringer Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen erhält.** Die Aufwendungen für die Ausgleichszahlungen sind der Kassenärztlichen Vereinigung durch die Krankenkassen zeitnah zu erstatten. Die Kassenärztliche Vereinigung hat*

den Krankenkassen die zur Erstattung notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen.

Wegen § 87a Abs. 3b SGB V ist zunächst festzuhalten, dass gesetzlich ein konkreter Ausgleichsanspruch nur wegen extrabudgetärer Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorgesehen ist.

Voraussetzung des Ausgleichsanspruchs ist zunächst, dass die krisenbedingte Minderung mehr als 10 Prozent des Gesamthonorars des Vorjahresquartals ausmacht. Hier wird die Frage aufgeworfen, wie die Anspruchsvoraussetzung „Fallzahlrückgang in Folge einer Pandemie“ rechtlich zu verstehen ist. Nicht „jeden Fallzahlrückgang“ im ersten und zweiten Quartal 2020 muss ohne weiteres als krisenbedingt anerkannt werden. Vor dem Hintergrund der anwaltlichen Erfahrungen im vertragsärztlichen Vergütungssystem ist nicht zwingend davon auszugehen, dass es für den Ausgleichsanspruch dem Grunde nach „nur“ eines signifikanten Fallzahlrückgangs und 10% Umsatzeinbuße in den jeweiligen Quartalen bedarf. Es wäre aber freilich zu begrüßen.

Der Ausgleichsanspruch ist in seiner Höhe „offen“ formuliert, etwas anderes folgt auch nicht aus den Gesetzgebungsmaterialien. Naheliegender ist das Verständnis, dass wegen aller extrabudgetären Leistungen 90% des Vorjahresquartal-Niveaus gesichert werden sollen. Es sind aber definitiv auch andere Auslegungen möglich.

Bei der praxisindividuellen Beurteilung dieses Ausgleichsanspruchs als „relevante Absicherung“ ist jedenfalls zu überprüfen, welches Vergütungsvolumen extrabudgetäre Leistungen in den Vorjahresquartalen, also vorläufig den Quartalen I und II / 2019, ausgemacht haben. Da sich vorliegend die Ausgleichszahlungen im extrabudgetären Bereich erschöpfen, ist damit für den wohl weit überwiegenden Anteil der Praxen keine substantielle Existenzabsicherung erkennbar.

Die Ermächtigungsgrundlage sieht darüber hinaus einschränkend eine Anrechnung von (anderweitigen) Entschädigungsleistungen oder „finanziellen Hilfen“ vor. Damit greift § 87a Abs. 3b SGB V nicht nur verzögert, sondern auch nur subsidiär ein, wenn andere „Hilfen“ ausfallen. Beispielhaft werden im Gesetzesentwurf „kurzfristige Liquiditätshilfen für freie Berufe durch Kreditinstitute“ genannt, was – gelinde gesagt – ärgerlich ist. Jedenfalls wird so die Auslegung der Norm, dass nur echte Entschädigungsleistungen – als dem Vertragsarzt dauerhaft verbleibende finanzielle Zuwendungen – angerechnet werden dürften, rechtlich schwer vertretbar sein. Der Vertragsarzt, der eine „krisenbedingte Zwischenfinanzierung“ bei seiner Bank anfordern muss, die freilich zurückzuzahlen ist, soll keine Kompensation erhalten? Es muss die Frage erlaubt sein, ob es sich bei der zitierten gesetzgeberischen Erwägung um ein Versehen handelt.

Alle „finanziellen Hilfen“, zum Beispiel auch Gelder aus den Soforthilfeprogrammen der Länder (für Baden-Württemberg vgl. [hier](#)) sind ebenfalls geeignet, die Ausgleichsansprüche zu reduzieren, selbst wenn sie zurückzuzahlen sind.

Als Zwischenergebnis ist mithin festzuhalten, dass wegen der dargestellten Unsicherheiten der Regelung nicht die Rede von einer tragfähigen Absicherung der Einbrüche bei den extrabudgetären Leistungen sein kann.

§ 87b Abs. 2a SGB V – Ergänzende Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

(2a) *Mindert sich in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses **die Fallzahl in einem die Fortführung der Arztpraxis gefährdenden Umfang**, hat die Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Verteilungsmaßstab zeitnah geeignete Regelungen zur **Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Leistungserbringers** vorzusehen.*

§ 87b Abs. 2a SGB V enthält eine Ermächtigungsgrundlage für ergänzende Existenzsicherungen für Vertragsärzte durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Benehmen mit den Landesverbänden anknüpfend an der **Fallzahlreduktion** der Praxis.

Hierdurch soll – laut Gesetzesentwurf – sichergestellt werden, „dass der vertragsärztliche Leistungserbringer trotz der gefährdend rückläufigen Fallzahl aufgrund einer reduzierten Patientenanspruchnahme Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars und des Fortbestands seiner vertragsärztlichen Tätigkeit“ erhält (Hervorhebung durch den Unterzeichner). Vorgesehen ist für die entsprechenden Regelungen der jeweilige Honorarverteilungsmaßstab (HVM).

Darüber hinaus soll sichergestellt werden, dass die nach § 87a Absatz 3 Satz 1 SGB V mit befreiender Wirkung von den Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen trotz vermindert abgerechneter Leistungsmengen, im regulären Umfang ausgezahlt werden können, was sich nicht unmittelbar im Gesetzestext wiederfindet.

Bewertung der gesetzlichen Grundlage

Im Hinblick auf die zitierte Gesetzesbegründung ist der an die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen vom Gesetzgeber formulierte Anspruch hoch, namentlich eine zeitnahe, geeignete Regelung zu treffen. Kalkulationssicherheit bedeutet, klare Zusagen für aktuelle Vorhaltungen, mithin klare Zusagen für das Quartal II / 2020.

Das erscheint theoretisch auch möglich wie sachlich gerechtfertigt zu sein. Bei gleichbleibender Mitgliederzahl werden die Krankenkassen im Grundsatz ähnliche Einnahmen wie im Vorjahr erzielen können. Diese Einnahmen werden der Höhe nach aufgrund der Auswirkungen der Corona Krise auf den Arbeitsmarkt auch etwas sinken. Von einer Halbierung der Beiträge und entsprechenden Einnahmeverlusten bei den Kassen ist aber nicht auszugehen. Ein Bedürfnis der Krankenkassen, sich an Corona „gesund zu

sparen“, kann auch nicht gesehen werden. Andererseits bedarf die Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags und damit der Verfügbarkeit der Ärzte selbst dann, wenn keine oder deutlich weniger Patienten kommen, finanzieller Mittel.

Hier stellt sich die Situation nicht anders als bei den Krankenhäusern dar (siehe hierzu eingehend [hier](#)). Eine Reduktion der Patientenzahl auf die Hälfte erlaubt keine Reduktion der Kosten auf eben die Hälfte. Denn die Fixkosten – wie Praxismiete, Haftpflicht, Gerätwartung, Zusatzkosten für Hygienemittel – bleiben gleich. In der Vergütungssystematik gibt es aber keine Abrechnungsmöglichkeit für Fixkosten. Eine Praxis mit hälftiger Patientenzahl hat erstmal nur den hälftigen Umsatz, auch wenn deutlich mehr Kosten verbleiben. Deshalb ist eine Regelung zur Sicherung der Praxen dringend notwendig. Allerdings lässt die gesetzliche Regelung im Hinblick

- auf die effektive Höhe,
- auf den effektiven Umsetzungszeitpunkt und
- auf das effektive Umsetzungsverfahren

praktisch alle wesentlichen Fragen offen. Mehr als eine sogenannte Programmnorm mit ungefährem Ziel und ohne gesicherte Durchsetzungsperspektive namentlich im Streitfall hat der Gesetzgeber nicht geschaffen. Die KBV schätzt die Regelung dementsprechend als zu komplex ein. Sie müsse klarer gefasst werden, um falsche Interpretationen zu vermeiden (siehe [hier](#)). Vieles steht und fällt also erst einmal mit dem Willen der KV'en und deren Partnern des Gesamtvertrages auf Kassenseite.

Umsetzungsbeispiel KV Baden-Württemberg

Dass guter Wille auf Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen vorhanden ist, zeigt das begrüßenswerte Vorgehen der KV Baden-Württemberg. Es lässt aber auch aktuelle Grenzen erahnen:

Die KV Baden-Württemberg hat früh veröffentlicht (siehe aktuell [hier](#)), dass im Quartal I / 2020 eine Härtefallregelung 90% des Gesamthonorars der Praxis „aus dem Kollektivvertrag im Vorjahresquartal bei unveränderter Praxis constellation“ absichert.

Dies betrifft eine Absicherung des „gesamten KV-Honorars“ (ausgenommen sind Selektivverträge, z.B. Hausarztverträge gem. § 73b SGB V usw., wobei für diese parallele Härtefallregelungen konkret in Aussicht gestellt worden sind, s. z.B. wegen MEDI [hier](#)).

Wegen dieses „Schutzschirms“ wird ein Antrag innerhalb eines Monats nach Erlass des jeweiligen Honorarbescheids erforderlich sein. Dieses Antragsverfahren für das Quartal I / 2020 wird sodann nach Erlass des Honorarbescheids – regelmäßig im Juli – erst im Juli/August 2020 stattfinden. Darüber hinaus bleibt es in Baden-Württemberg auch im 2. Quartal 2020 bei den Abschlagszahlungen auch bei offensichtlich verminderten Patientenzahlen. Für Neupraxen – also Praxen ohne Vorjahresquartale – wird auf eine

Einzelfallprüfung verwiesen, wobei der Hinweis „Wir prüfen dann die Möglichkeit und adäquate Höhe einer Ausgleichszahlung nach Einzelfallprüfung“ (siehe [hier](#)) der gesetzlich geforderten Kalkulationssicherheit (noch) nicht gerecht wird.

Es ist hervorzuheben, dass die Zusage der KV Baden-Württemberg verhältnismäßig schnell kam und weit geht. Das ist positiv. Die KV Baden-Württemberg stellt ferner eine zeitnahe Veröffentlichung der Vereinbarung für 2/2020 in Aussicht, „Seien Sie sicher, dass wir auch bereits Lösungen für die folgenden Quartale nicht nur suchen, sondern bereits auf allen Ebenen (Politik, Krankenkassen) vorbereiten“ siehe [hier](#). Es ist abzuwarten, tendenziell aber auch vor dem Hintergrund zurückhaltenderer Reaktionen anderer KVen eher unwahrscheinlich, dass sich die „vorbehaltlose“ 90%-Zusage für das Quartal II/2020 wiederholt.

In Nordrhein zum Beispiel ist der HVM für II/2020 am 27.03.2020 einstweilen ohne jegliche Stützungsregelungen verabschiedet worden (siehe [hier](#)) wie auch Bemühungen bei Flexibilisierungen von Abschlagszahlungen bei anderen KVen erfolglos blieben.

Umsetzungsperspektiven

Wie genau die Anspruchsvoraussetzungen und der Vollzug der Härtefallregelung ausgestaltet werden, bleibt abzuwarten. Im Moment sind die Praxen also auf sich gestellt und können sich auf nichts verlassen. Zur Kenntnis genommen werden muss auch, dass die Situation bei den Fachgruppen äußerst heterogen ist: Es wird interne Verteilungskonflikte geben, bei deren Moderation die KVen vom Gesetzgeber weder im Allgemeinen noch in diesem konkreten Fall Hilfestellungen bekommen. Trotz guten Willens aller Beteiligten kann es schon deswegen lange dauern und die Ergebnisse können mit all den Verzerrungen und Schieflagen belastet sein, die sich abhängig von kv-internen Mehrheiten und Interessenlagen ergeben.

Viele Praxen reagieren deswegen nachvollziehbarer Weise mit einer der Pandemie angepassten Personalaufstellung, Personalreduktion und Angebotsreduktion, um Kosten zu senken. Daneben greifen – sehr viel schneller – Möglichkeiten zur Stundung von Sozialversicherungsbeiträgen, Steuern und die Hilfen für Kleinunternehmer. Außerdem ist – je nach Praxis und konkretem Patientenaufkommen – auch Kurzarbeit eine effektive Möglichkeit. Die allgemeinen Maßnahmen kommen damit schneller bei den Praxen an als die an sich nicht minder notwendige Hilfe durch die Selbstverwaltung, um die spezifischen Probleme zu lösen.

Bereits die Nutzung dieser allgemeinen staatlichen Hilfen führt aber ins Spannungsverhältnis mit dem Vertragsarztrecht, wie das Kurzarbeitergeld zeigt:

II. Kurzarbeit und vertragsärztlicher Versorgungsauftrag

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können mangels Verlässlichkeit bei der Honorierung also zwecks blanker Existenzsicherung gehalten sein, abgewogen und vorausschauend den Praxisbetrieb auf das notwendige Maß zu reduzieren, um die Praxis zu schützen. Deswegen ist beispielsweise Kurzarbeit des Praxispersonals eine praktikable Lösung. Die grundsätzliche Umsetzbarkeit von Kurzarbeit in Arztpraxen haben wir bereits dargestellt, siehe [hier](#). Wesentlich sind entsprechende vertragliche Regelungen mit den Praxismitarbeitern, der primäre Abbau von Überstunden und Resturlaubsansprüchen und die vollständige Anzeige an die Bundesagentur für Arbeit. Die meisten KVen haben umfangreiche Informationen zur Kurzarbeit veröffentlicht und befürworten auch Zweischichtmodelle, um Ansteckungsrisiken und damit Praxisausfälle zu vermeiden.

Auch die ärztlichen Einsatzzeiten können – entsprechend dem tatsächlichen Patientenaufkommen – reduziert werden. Wird das „Zweischichtmodell“ konsequent umgesetzt, kann das in vielen Praxen überhaupt nicht ausbleiben. Zu beachten ist, dass für vertragsärztlich tätige Ärzte die vorzuhaltenden Mindestsprechstundenzeiten gem. § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV, § 17 Abs. 1, 1a, 1b, 1c und 2 Bundesmantelvertrag - Ärzte (BMV-Ä) offiziell **nicht** ausgesetzt sind. Die KV Bayern hat uns gegenüber auf Anfrage bereits bestätigt, dass sie weiterhin von der uneingeschränkten Geltung ausgeht und darum bittet, die Mindestsprechstundenzeiten „möglichst weiterhin“ einzuhalten.

Diese Rückmeldung ist trotz des Sicherstellungsauftrags der KVen gemäß § 75 Abs. 1 SGB V unbefriedigend. Wir sind der Meinung, dass die Regelungen dringend differenzierter betrachtet werden sollten und könnten, insbesondere für die Praxen, in denen aktuell eine mit den Sprechstundenverpflichtungen korrelierende Nachfrage schlicht nicht besteht. Hier wäre eine „Sonderregelung“ auf Bundesebene ideal wie möglich, wie bereits andere Corona-Sonderregelungen beweisen, vgl. [hier](#). Rechtlich ist eine eingeschränkte Sonderregelung unproblematisch begründbar: Bereits aus § 17 Abs. 1 Satz 1 BMV-Ä geht hervor, dass die Sprechstunden „entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung“ abzuhalten sind. Des Weiteren zeigen die Vertretungsregelungen, die vorbehaltlos eine Vertretung für bis zu drei Monaten auch durch andere Vertragsärzte erlauben (§ 32 Abs. 1 Satz 2 und 4 Ärzte-ZV), dass die Mindestsprechstundenzeiten keine absoluten, unflexiblen und von konkreten Bedarfen unabhängigen Bestimmungen sind.

Bei fehlender Nachfrage muss eine Reduktion der Präsenzsprechstunden zulässig sein. Notwendig bleibt gleichwohl eine verlässliche Versorgung von Notfällen, wenn z.B. der nächstmögliche Termin in der Praxis nicht ausreichen würde. Das aber ist an sich nichts Ungewöhnliches und wurde auch schon vor Corona sinnvoll bewältigt. Hierfür könnte über Vertretungslösungen Abhilfe geschaffen werden. Dabei zwingt das Vertragsarztrecht nicht zu Vertretungen in der Praxis, also der Aufrechterhaltung des Praxisbetriebes selbst. Wie in Urlauben gängig kann auch auf andere Praxen verwiesen werden. Wenn also z.B. über Information und telefonische Unterstützung die Erreichbarkeit von

fachgruppengleichen Vertragsärzten gesichert ist, wird der Verfügbarkeit für Notdienste ebenso Rechnung getragen.

Soweit also bei sachgerechter Auslegung eine bedarfsgerechte und der wirtschaftlichen Situation der Praxen adäquate Organisation möglich wäre, bleiben die Auskünfte von KVen in diesem Punkt noch unbefriedigend. Teils wird der Eindruck erweckt, dass eine Reduktion der Sprechstunden kein Problem sei, teils wird das Gegenteil kommuniziert. Deswegen wäre trotz fehlender akuter Sanktionsrisiken eine rechtliche Klarstellung geboten, um die finanziell auf sich gestellten Praxen nicht auch noch in dem Konflikt mit den Mindest-sprechstundenregelungen allein zu lassen.

III. Förderung trotz Einschränkungen des Praxisbetriebs (?)

Einschränkungen des Praxisbetriebs dürfen ferner nicht dazu führen, dass die beschriebenen Ausgleichsmaßnahmen für Vertragsärzte, die mit Maß und Blick auf alle notwendigen Versorgungsbedürfnisse der Patienten den Praxisumfang auf die ausreichende und zweckmäßige Versorgung beschränken, ausfallen.

Die KV Baden-Württemberg stellt diesbezüglich in einer Veröffentlichung vom 17.03.2020 klar (s. [hier](#) – Hervorhebung durch den Unterzeichner):

*Sollte es zu einem deutlichen Rückgang des Honorarumsatzes in Ihrer Praxis kommen, der auf eine Reduzierung der Patientenzahlen in der Regelversorgung zurückzuführen ist, **sei es aus Sorge der Patienten vor Ansteckung, aus Vorrang der Notfallversorgung in der Praxis oder wegen des reduzierten und ggf. rotierenden Einsatzes Ihres Praxispersonals zu dessen Schutz**, werden wir in solchen Fällen die wirtschaftlichen Folgen abmildern.*

Danach ist es für die Unterstützung nicht erforderlich, den Praxisbetrieb unumschränkt trotz evidenter Unwirtschaftlichkeit aufrechtzuerhalten. Vielmehr ist auch gerade dafür Unterstützung notwendig, bei der Anpassung auf das eben noch nachgefragte Bedarfsmaß einen geordneten Praxisbetrieb zu organisieren, der dann auch sofort wieder „durchstarten“ kann, wenn sich die Lage verbessert. Trotz Corona verschwinden die übrigen Erkrankungen nicht. Aufgrund des Aufschubs von Behandlungen müssen also eher Aggravationen und vermehrt dringliche Fälle erwartet werden. Sofern die kommenden Monate Schritt um Schritt eine Rückkehr zum normalen Betrieb ermöglichen, müssen die Praxen auch wieder voll leistungsfähig sein.

IV. Notwendige Maßnahmen

Optimalerweise folgen also zeitnah konkrete Absicherungszusagen für das zweite Quartal 2020 und vorübergehende, klar begrenzte Einschränkungen der Sprechstundenverpflichtungen für die besonders stark betroffenen Arztgruppen, um Einsparungen dort zu ermöglichen, wo sie nicht schaden können und den Druck von den Praxen zu nehmen,

deren Inhaber sich aktuell erhebliche Sorgen um die wirtschaftliche Absicherung ihrer Betriebe machen.

Dr. Felix Reimer,
LL.M. (Medizinrecht)
recht
Fachanwalt Medizinrecht

Dr. Andreas Penner
Rechtsanwalt
Lehrbeauftragter der Ruhr-
Universität Bochum

Dr. Ute Pittrof
Fachanwältin Medizin-
Fachanwältin Handels-
und Gesellschaftsrecht

Anhang:

§ 87a SGB V Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

(1) Abweichend von § 82 Abs. 2 Satz 2 und § 85 gelten für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen die in Absatz 2 bis 6 getroffenen Regelungen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren auf der Grundlage des Orientierungswertes gemäß § 87 Absatz 2e jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres einen Punktwert, der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden ist. Die Vertragspartner nach Satz 1 können dabei einen Zuschlag auf den oder einen Abschlag von dem Orientierungswert gemäß § 87 Absatz 2e vereinbaren, um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Darüber hinaus können auf der Grundlage von durch den Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in Planungsbereichen, für die Feststellungen nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 getroffen wurden, Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Absatz 2e für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart werden. Bei der Festlegung des Zu- oder Abschlags ist zu gewährleisten, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Aus dem vereinbarten Punktwert nach diesem Absatz und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Absatz 1 ist eine regionale Gebührenordnung mit Euro-Preisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen. Besonders förderungswürdige Leistungen nach Satz 3 können auch vertragsärztliche Leistungen sein, die telemedizinisch erbracht werden.

(3) Ebenfalls jährlich bis zum 31. Oktober vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien gemeinsam und einheitlich für das Folgejahr mit Wirkung für die Krankenkassen die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. Hierzu vereinbaren sie als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf und bewerten diesen mit dem nach Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwert in Euro; der vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1. Die im Rahmen des Behandlungsbedarfs erbrachten Leistungen sind mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten. Darüber hinausgehende Leistungen, die sich aus einem bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten

Gesamtvergütung nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben, sind von den Krankenkassen zeitnah, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 1 ebenfalls mit den in der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 enthaltenen Preisen zu vergüten. Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen und Zuschläge außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten:

1. Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
2. Zuschläge nach § 87 Absatz 2b Satz 3 sowie Absatz 2c Satz 3,
3. Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservice-stelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 3 erbracht werden, sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt,
4. Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2,
5. Leistungen im Behandlungsfall, die von Ärzten, die an der grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen, gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens zwei Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden, und
6. Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung gemäß § 19a Absatz 1 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erbracht werden; bei einem reduzierten Versorgungsauftrag ist die Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung auf die jeweils anteilige Zeit offener Sprechstunden je Kalenderwoche gemäß § 19a Absatz 1 Satz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte begrenzt.

Darüber hinaus können Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder wenn dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen

sind, begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen. Dabei haben sie die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 zu berücksichtigen.

(3a) Für den Fall der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung sind die Leistungen abweichend von Absatz 3 Satz 3 und 4 von den Krankenkassen mit den Preisen zu vergüten, die in der Kassenärztlichen Vereinigung gelten, deren Mitglied der Leistungserbringer ist. Weichen die nach Absatz 2 Satz 5 vereinbarten Preise von den Preisen nach Satz 1 ab, so ist die Abweichung zeitnah, spätestens bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Zahl der Versicherten nach Absatz 3 Satz 2 ist entsprechend der Zahl der auf den zugrunde gelegten Zeitraum entfallenden Versichertentage zu ermitteln. Weicht die bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu Grunde gelegte Zahl der Versicherten von der tatsächlichen Zahl der Versicherten im Vereinbarungszeitraum ab, ist die Abweichung zeitnah, spätestens bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 und nach § 53 Abs. 4 mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 5 sind auf die nach Absatz 3 Satz 1 zu zahlende Gesamtvergütung anzurechnen.

(3b) Mindert sich das Gesamthonorar eines vertragsärztlichen Leistungserbringers um mehr als 10 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal und ist diese Honorarminderung in einem Fallzahlrückgang in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses begründet, kann die Kassenärztliche Vereinigung eine befristete Ausgleichszahlung an den vertragsärztlichen Leistungserbringer leisten. Die Ausgleichszahlung ist beschränkt auf Leistungen, die gemäß Absatz 3 Satz 5 und 6 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Die Ausgleichszahlung ist in der Höhe zu mindern, in der der vertragsärztliche Leistungserbringer Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen erhält. Die Aufwendungen für die Ausgleichszahlungen sind der Kassenärztlichen Vereinigung durch die Krankenkassen zeitnah zu erstatten. Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Krankenkassen die zur Erstattung notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen.

(4) Grundlage der Vereinbarung über die Anpassung des Behandlungsbedarfs jeweils aufsetzend auf dem insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr nach Absatz 3 Satz 2 vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf sind insbesondere Veränderungen

1. der Zahl der Versicherten der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung,
2. der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung,

3. von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhen,

4. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor und

5. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung;

dabei sind die Empfehlungen und Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß Absatz 5 zu berücksichtigen. Bei der Ermittlung des Aufsatzwertes für den Behandlungsbedarf nach Satz 1 für eine Krankenkasse ist ihr jeweiliger Anteil an dem insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahr vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf entsprechend ihres aktuellen Anteils an der Menge der für vier Quartale abgerechneten Leistungen jeweils nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anzupassen. Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ist auf der Grundlage der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 einerseits sowie auf der Grundlage demografischer Kriterien (Alter und Geschlecht) andererseits durch eine gewichtete Zusammenfassung der vom Bewertungsausschuss als Empfehlungen nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilten Raten zu vereinbaren. Falls erforderlich, können weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden. Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nach Satz 3 ist ab dem Jahr, in dem die nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilte Veränderungsrate auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2023 bis 2025 ermittelt wird, allein auf der Grundlage dieser Veränderungsrate zu vereinbaren.

(4a) Über eine mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 einmalige basiswirksame Erhöhung des nach Absatz 4 Satz 1 für das Jahr 2016 angepassten Aufsatzwertes ist in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 im Jahr 2016 zu verhandeln, wenn die jeweils für das Jahr 2014 und jeweils einschließlich der Bereinigungen zu berechnende durchschnittliche an die Kassenärztliche Vereinigung entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung die durchschnittliche an alle Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten unterschreitet. Die Berechnungen nach Satz 1 werden durch das Institut nach § 87 Absatz 3b Satz 1 durchgeführt. Es teilt den Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 und dem Bundesministerium für Gesundheit das Ergebnis bis spätestens zum 15. September 2016 mit. Eine einmalige basiswirksame Erhöhung des Aufsatzwertes ist nur dann zu vereinbaren, wenn in den Verhandlungen nach Satz 1 festgestellt wird, dass der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war. Ob und in welchem Umfang der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig

war, ist von der Kassenärztlichen Vereinigung auch unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme des stationären Sektors nachzuweisen. Der Aufsatzwert ist in dem Umfang zu erhöhen, wie der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war. Die durch die vereinbarte Erhöhung des Aufsatzwertes einschließlich der Bereinigungen sich ergebende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung im Jahr 2014 darf die für das Jahr 2014 berechnete durchschnittliche an alle Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet einschließlich der Bereinigung entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten nicht übersteigen. Die Erhöhung erfolgt um einen im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für alle Krankenkassen einheitlichen Faktor. Die vereinbarte Erhöhung kann auch schrittweise über mehrere Jahre verteilt werden. Die zusätzlichen Mittel sind zur Verbesserung der Versorgungsstruktur einzusetzen. Umverteilungen zu Lasten anderer Kassenärztlicher Vereinigungen sind auszuschließen.

(5) Der Bewertungsausschuss beschließt Empfehlungen

1. zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 4,
2. zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 sowie
3. zur Bestimmung von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 6.

Bei der Empfehlung teilt der Bewertungsausschuss den in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartnern die Ergebnisse der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses zu den Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mit. Das Institut des Bewertungsausschusses errechnet für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zwei einheitliche Veränderungsrate, wobei eine Rate insbesondere auf den Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 und die andere Rate auf demografischen Kriterien (Alter und Geschlecht) basiert. Die Veränderungsrate werden auf der Grundlage des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 Teil B Nummer 2.3 bestimmt mit der Maßgabe, die Datengrundlagen zu aktualisieren. Zur Ermittlung der diagnosenbezogenen Rate ist das geltende Modell des Klassifikationsverfahrens anzuwenden. Der Bewertungsausschuss kann das Modell in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung überprüfen und fortentwickeln. Der Bewertungsausschuss hat zudem Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch dieses Gesetz vorgesehenen Fällen sowie zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach Absatz 4 Satz 1 und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 2 zu beschließen; er kann darüber hinaus insbesondere Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 bis 5 und Satz 3 und 4 sowie

ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 und 6 beschließen. Die Empfehlungen nach Satz 1 sowie die Vorgaben nach Satz 7 sind jährlich bis spätestens zum 31. August zu beschließen; die Mitteilungen nach Satz 2 erfolgen jährlich bis spätestens zum 15. September. Der Bewertungsausschuss beschließt geeignete pauschalierende Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den Fällen des § 73b Absatz 7 Satz 7 und 8. In den Vorgaben zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach Absatz 4 Satz 1 sind auch Vorgaben zu beschließen, die die Aufsatzwerte einmalig und basiswirksam jeweils in dem Umfang erhöhen, der dem jeweiligen Betrag der Honorarerhöhung durch die Aufhebung des Investitionskostenabschlags nach § 120 Absatz 3 Satz 2 in der bis einschließlich 31. Dezember 2015 geltenden Fassung entspricht. In den Jahren, in denen die Veränderungsdaten auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2020 bis 2022, 2021 bis 2023 und 2022 bis 2024 durch das Institut des Bewertungsausschusses nach Satz 3 errechnet werden, sind die Kodiereffekte, die durch die Einführung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 6 entstehen, in den Berechnungen zu bereinigen. Hierzu hat der Bewertungsausschuss ein entsprechendes Verfahren zu beschließen. Der Bewertungsausschuss hat bis zum 1. September 2019 Vorgaben zu beschließen, bei welchen Arztgruppen, die an der grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen, eine Vergütung nach Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 vorzusehen ist. Soweit erforderlich, beschließt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a für die von ihm beschlossenen Vergütungen für Leistungen die Empfehlungen zur Bestimmung von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 6.

(6) Der Bewertungsausschuss beschließt erstmals bis zum 31. März 2012 Vorgaben zu Art, Umfang, Zeitpunkt und Verfahren der für die Vereinbarungen und Berechnungen nach den Absätzen 2 bis 4 erforderlichen Datenübermittlungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen an das Institut des Bewertungsausschusses, welches den Vertragspartnern nach Absatz 2 Satz 1 die jeweils erforderlichen Datengrundlagen bis zum 30. Juni eines jeden Jahres zur Verfügung stellt; § 87 Absatz 3f Satz 2 gilt entsprechend.

§ 87b SGB V Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung; dabei sollen die von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütungen und die von hausärztlich tätigen Ärzten erbrachten fachärztlichen Leistungen nicht den fachärztlichen Teil der Gesamtvergütungen mindern. Die

Kassenärztliche Vereinigung wendet bei der Verteilung den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen. Bisherige Bestimmungen, insbesondere zur Zuweisung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen, gelten bis zur Entscheidung über einen Verteilungsmaßstab vorläufig fort.

(2) Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden. Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen. Für Praxisnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind, müssen gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden; für solche Praxisnetze können auch eigene Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 gebildet werden. Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Im Verteilungsmaßstab dürfen keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für anästhesiologische Leistungen angewandt werden, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind. Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie gegen deren Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung.

(2a) Mindert sich in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses die Fallzahl in einem die Fortführung der Arztpraxis gefährdenden Umfang, hat die Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Verteilungsmaßstab zeitnah geeignete Regelungen zur Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Leistungserbringers vorzusehen.

(3) Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen, dürfen für Ärzte der betroffenen Arztgruppe im Verteilungsmaßstab Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung nicht bei der Behandlung von Patienten des betreffenden Planungsbereiches angewendet werden. Darüber

hinausgehend hat der Verteilungsmaßstab geeignete Regelungen vorzusehen, nach der die Kassenärztliche Vereinigung im Einzelfall verpflichtet ist, zu prüfen, ob und in welchem Umfang diese Maßnahme ausreichend ist, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Die Kassenärztliche Vereinigung veröffentlicht einmal jährlich in geeigneter Form Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabs.

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 sowie Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Absatz 2 Satz 3 als Rahmenvorgabe für Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere zu Versorgungszielen, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 4 und zur Durchführung geeigneter und neutraler Verfahren zur Honorarvereinbarung zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bis spätestens zum 23. Oktober 2015 Richtlinien nach Satz 1 zu beschließen.

(5) Die Regelungen der Absätze 1 bis 4 gelten nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

§ 19a

(1) Die Zulassung verpflichtet den Arzt, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben. Der Arzt ist verpflichtet, im Rahmen seiner vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen. Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch teilnehmen und die insbesondere den Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag nach Absatz 2 gelten die in den Sätzen 2 und 3 festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils anteilig. Besuchszeiten sind auf die Sprechstundenzeiten nach Satz 2 anzurechnen. Die Einzelheiten zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten nach Satz 5 sowie zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben, sind bis zum 31. August 2019 im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu regeln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können auch Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden nach Satz 3 getroffen werden.

Bundemantelvertrag Ärzte - § 17 Sprechstunden, Besuche

(1) Der Vertragsarzt ist gehalten, an seinem Vertragsarztsitz sowie weiteren Tätigkeitsorten Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung mindestens in dem in Absatz 1a geregelten Umfang festzusetzen und seine Sprechstunden auf einem Praxisschild bekannt zu geben; die Höchstzeiten für Tätigkeiten an weiteren Tätigkeitsorten sind zu beachten. Die Sprechstunden sind grundsätzlich mit festen Uhrzeiten auf dem Praxisschild anzugeben. Sprechstunden "nach Vereinbarung" oder die Ankündigung einer Vorbestellpraxis dürfen zusätzlich angegeben werden. Die Ankündigung besonderer Sprechstunden ist nur für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen zulässig. Wenn mehrere Ärzte einer Arztgruppe in einer Arztpraxis tätig sind, kann die Veröffentlichung der Sprechstundenzeiten praxisbezogen für die jeweilige Arztgruppe erfolgen. Die Sprechstundenzeiten nach Absatz 1a Satz 1 und 3 sind der Kassenärztlichen Vereinigung zu melden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen informieren die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und die Barrierefreiheit der Arztpraxen; offene Sprechstunden nach Absatz 1a Satz 3 sind gesondert auszuweisen.

(1a) Der sich aus der Zulassung des Vertragsarztes ergebende Versorgungsauftrag ist dadurch zu erfüllen, dass der Vertragsarzt an allen zugelassenen Tätigkeitsorten persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht. Als Sprechstunden gelten die Zeiten, in denen der Vertragsarzt für die Versorgung der Versicherten unmittelbar zur Verfügung steht. Ärzte der in Absatz 1c aufgeführten Arztgruppen müssen von diesen Sprechstundenzeiten mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag gelten die Sprechstundenzeiten nach Satz 1 und 3 jeweils anteilig. In allen Fällen der Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit an einem weiteren oder mehreren Tätigkeitsorten außerhalb des Vertragsarztsitzes gilt, dass die Tätigkeit am Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen muss. Auf die Sprechstundenzeiten nach Satz 1 werden die Besuchszeiten des Vertragsarztes angerechnet; das Nähere zu einer angemessenen Berücksichtigung der Wegezeiten regeln die Gesamtvertragspartner.

(1b) Für angestellte Ärzte gilt Absatz 1a unter Berücksichtigung des vom Zulassungsausschuss genehmigten Tätigkeitsumfangs entsprechend.

(1c) Folgende Arztgruppen müssen offene Sprechstunden gemäß Absatz 1a Satz 3 anbieten:

- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 6 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 7 EBM

- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 8 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 9 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 10 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 14 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 16 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 18 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 21 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 26 EBM

(2) Bei der Verteilung der Sprechstunden auf den einzelnen Tag sind die Besonderheiten des Praxisbereiches und die Bedürfnisse der Versicherten (z. B. durch Sprechstunden am Abend oder an Samstagen) zu berücksichtigen.