



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

AKTUELLE GESETZGEBUNGSVERFAHREN IM GESUNDHEITSWESEN UND AUSWIRKUNG AUF DIE ANWALTliche BERATUNG ARGE MEDIZINRECHT 28. NOVEMBER 2025



DR. CHRISTOPH WEINRICH, RECHTSANWALT, LEITER DES STABSBEREICHS RECHT, KBV

VON LAUTERBACH ZU WARKEN – „ALLES NEU, MACHT DER MAI“?

GLIEDERUNG

- I. DER START DER LAUFENDEN LEGISLATUR: PERSPEKTIVEN UND UMSETZUNGSMÖGLICHKEITEN
- II. LAUFENDE GESETZGEBUNGSVORHABEN/GESETZGEBUNG



I. DER START DER LAUFENDEN LEGISLATUR: PERSPEKTIVEN UND UMSETZUNGSMÖGLICHKEITEN

II. LAUFENDE GESETZGEBUNGSVORHABEN/GESETZGEBUNG



Kapitel „Gesundheit und Pflege“ des Koalitionsvertrages

Was wollen CDU/CSU und SPD? (S. 105)

„Wir wollen eine gute, bedarfsgerechte und bezahlbare medizinische und pflegerische Versorgung für die Menschen im Land sichern. Dafür wagen wir **tiefgreifende strukturelle Reformen**, stabilisieren die Beiträge, sorgen für einen **schnellen Zugang zu Terminen** und verbessern die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen.“

› **Ergo:** Die eierlegende Wollmilchsau



Ambulante Versorgung (1/5), ab S. 106

Die ambulante Versorgung verbessern wir gezielt, indem wir Wartezeiten verringern, das Personal in ärztlichen Praxen entlasten und den Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten bedarfsgerecht und strukturierter gestalten.	
Die telefonische Krankschreibung werden wir so verändern, dass Missbrauch zukünftig ausgeschlossen ist (zum Beispiel Ausschluss der Online-Krankschreibung durch private Online-Plattformen).	Anpassung Telefon-AU (Ausschluss Missbrauch / Verbot private Plattformen?): Arbeitgeber-Forderungen
Zu einer möglichst zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe setzen wir auf ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag. Ausnahmen gelten bei der Augenheilkunde und der Gynäkologie. Für Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen schweren chronischen Erkrankung werden wir geeignete Lösungen erarbeiten (zum Beispiel Jahresüberweisungen oder Fachinternist als steuernder Primärarzt im Einzelfall).	Zielgerichtete Versorgung der Patienten im Fokus – nicht Verbesserung der Versorgung Steuerung als Narrativ zur Entlastung von Personal in Praxen?; zur Verringerung von Wartezeiten?

Ambulante Versorgung (2/5)

Die Primärärztinnen und Primärärzte oder die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) betriebene Rufnummer 11 6 11 7 stellen den medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin fest und legen den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) fest.	Verknüpfung der SPD-Forderung nach einer Termingarantie mit der Steuerung durch Primärärzte und der Rufnummer 11 6 11 7 (Angebot des KV-Systems)
Wir verpflichten die KV, diese Termine zu vermitteln. Gelingt dies nicht, wird der Facharztzugang im Krankenhaus ambulant für diese Patientinnen und Patienten ermöglicht.	Forderung ans KV-System
Zudem schaffen wir die flächendeckende Möglichkeit einer strukturierten Ersteinschätzung über digitale Wege in Verbindung mit Telemedizin.	Verankerung SmED (Angebot KV-System)
Wir stärken die sektorenübergreifende Versorgung. Im Zuge dessen entwickeln wir sektorenunabhängige Fallpauschalen (Hybrid-DRGs) weiter und ermöglichen sie umfassend. Damit verschränken wir Angebote im ambulanten und stationären Bereich.	Fortsetzung der Verhandlungen von Hybrid-DRG's vs. gesetzliche Anpassung und Neuauflage?!

Ambulante Versorgung (3/5)

Wir erlassen ein Gesetz zur Regulierung investorenbetriebener Medizinischer Versorgungszentren (iMVZ-Regulierungsgesetz), das Transparenz über die Eigentümerstruktur sowie die systemgerechte Verwendung der Beitragsmittel sicherstellt.	Transparenz denkbar; Eingriff in die Ausübung der Leistungserbringer komplex und schwierig
Wir verändern das Honorarsystem im ärztlichen Bereich mit dem Ziel, die Anzahl nicht bedarfsgerechter Arztkontakte zu reduzieren (Jahrespauschalen).	Jahrespauschalen führen nicht automatisch zu mehr versorgten Patienten; vgl. anlaufende Verhandlungen zum GVSG
Durch Flexibilisierung des Quartalsbezugs ermöglichen wir neuen Patientinnen und Patienten einen besseren Zugang und die Vergütung von Praxis-Patienten-Kontakten .	Hohes Risiko für Verwerfungen zwischen und innerhalb aller Arztgruppen
Wir stärken die Kompetenzen der Gesundheitsberufe in der Praxis.	
Wir ermöglichen, dass mehr Ärztinnen und Ärzte ihre Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in einer Arztpraxis absolvieren können (zwei pro Weiterbilder) und bauen die Kapazitäten der Weiterbildungsstellen für Kinderärztinnen und Kinderärzte aus.	Weiterbildung fokussiert sich nur auf die haus- und kinderärztliche Versorgung; fehlende politische Antworten auf KBV-Konzept zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung

Ambulante Versorgung (4/5)

Wir stärken die Länderbeteiligung in den Zulassungsausschüssen über eine ausschlaggebende Stimme und ermöglichen eine kleinteiligere Bedarfsplanung.	War bereits im GVSG vorgesehen – kam nicht. Länder wollen weiterhin über Zulassungen entscheiden, sichern aber die Finanzierung nicht ab.
Wir schaffen einen Fairnessausgleich zwischen über- und unterversorgten Gebieten: Wir prüfen eine Entbudgetierung von Fachärztinnen und Fachärzten in unterversorgten Gebieten.	Entbudgetierung in unterversorgten Regionen wurde in ein „prüfen“ umgewandelt. Hinweis eher in Richtung Kostendämpfung.
Dort können universitäre Lehrpraxen vereinfacht ausgebracht werden.	
Außerdem gibt es in (drohend) unterversorgten Gebieten Zuschläge zum, in überversorgten Gebieten (größer 120 Prozent) Abschläge vom Honorar.	Vorhaben zur Umverteilung zwischen unterversorgten und überversorgten Gebieten in einem budgetierten System (!)
Dabei definieren wir auch den Versorgungsauftrag und ermöglichen den Ländern, die Bedarfsplanung für Zahnärztinnen und Zahnärzte selbst vorzunehmen.	Politik definiert den Versorgungsauftrag („Aushöhlen der Selbstverwaltung“)

Ambulante Versorgung (5/5)

Wir schaffen eine gesetzliche Regelung, die die Sozialversicherungsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten im Bereitschaftsdienst der Krankenversicherung ermöglicht und bringen Gesetze zur Notfall- und Rettungsdienstreform auf den Weg.	GVSG-Restant: Im Ergebnispapier wurde die Befreiung der Sozialversicherungspflicht mit dem Passus „in den ersten hundert Tagen“ versehen. Dieser Passus ist nun rausgefallen. Gut, aber sehen wir Ausweitung auf weitere Kooperationen (z.B. Palliativversorgung, ...)?
Bei medizinischen Behandlungen stärken wir Patientinnen und Patienten gegenüber den Behandelnden.	Letztes Patientenrechtegesetz war im Jahr 2013 mit folgenden Schwerpunkten: – Stärkung Patientensouveränität – Recht auf Aufklärung und Dokumentation – Freie Wahl des Arztes und Krankenhauses – Beweislastumkehr bei Behandlungsfehlern – Behandlungsvertrag im BGB
Wir entwickeln das Hospiz- und Palliativgesetz im Sinne der sorgenden Gemeinschaften weiter und tragen den besonderen Bedürfnissen von Eltern von Sternenkindern Rechnung.	Sternenkinder: Ausweitung der psychotherapeutischen Leistungen?

Digitalisierung (S. 110)

Noch 2025 rollen wir die elektronische Patientenakte stufenweise aus, von einer bundesweiten Testphase zu einer verpflichtenden sanktionsbewehrten Nutzung. Wir vereinfachen den Austausch zwischen den Versicherungsträgern und den Ärztinnen und Ärzten. Doppeldokumentationen vermeiden wir.	
Rahmenbedingungen und Honorierung für Videosprechstunden, Telemonitoring und Telepharmazie verbessern wir, um die Versorgung flächendeckend sicherzustellen.	
Die Gematik GmbH entwickeln wir zu einer modernen Agentur weiter, um im Bereich der Digitalisierung Akteure besser zu vernetzen.	War bereits in der letzten Legislatur vorgesehen – kam nicht mehr.
Alle Anbieter von Software- und IT-Lösungen im Bereich Gesundheit und Pflege müssen bis 2027 einen verlustfreien, unkomplizierten, digitalen Datenaustausch auf Basis einheitlich definierter Standards sicherstellen.	



I. DER START DER LAUFENDEN LEGISLATUR: PERSPEKTIVEN UND UMSETZUNGSMÖGLICHKEITEN

II. LAUFENDE GESETZGEBUNGSVORHABEN/GESETZGEBUNG

Aktuelle Gesetzgebung 1/3 BEEP

› Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (vormals: Pflegekompetenzgesetz)

› Derzeit im Vermittlungsausschuss

› Regelungen mit Bedeutung für Vertragsärzte/-psychotherapeuten

- § 291 Abs. 9 SGB V (Elektronische Gesundheitskarte)

In § 291 Abs. 9 SGB V soll die Möglichkeit zu Anforderung einer elektronischen Ersatzbescheinigung durch die Leistungserbringer über eine KIM-Nachricht an die betroffene Krankenkasse eröffnet werden

- § 342 Abs. 2-2a SGB V (Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte)

Die Frist zur Unterstützung des dgMP durch die ePA wird auf den 31. März 2026 verschoben.

- § 347 SGB V (Ausnahme von der Übertragung von Behandlungsdaten in die elektronische Patientenakte durch Leistungserbringer bei besonderen Gründen)

- Darüber hinaus: Regelungen in §§ 81 und 95 zum Thema Sozialversicherungspflicht im ÄBD

- Einsparungen Krankenhäuser (Aussetzung „Meistbegünstigungsklausel“)

Aktuelle Gesetzgebung 2/3: Anpassung Ärzte-ZV

Stand des Verfahrens

04.08.2025

- › Referentenentwurf des BMG „Verordnung zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte“ vom 04.08.2025
- › Befassung des Bundesrates geplant für 2026

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

**Verordnung zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
und der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

A. Problem und Ziel

Die Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte wurden erstmals im Jahr 1957 auf Grund der Ermächtigungsnorm des einstigen § 368c Absatz 1 der Reichsversicherungsordnung erlassen und sind seitdem nur punktuell angepasst worden. Im Jahr 2004 wurde die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte grundlegend überarbeitet und neu strukturiert. Die Zulassung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte ist seitdem eine Zulassung für die vertragsärztliche Tätigkeit. Die Zulassung für die vertragsärztliche Tätigkeit ist seitdem eine Zulassung für die vertragsärztliche Tätigkeit. Die Zulassung für die vertragsärztliche Tätigkeit ist seitdem eine Zulassung für die vertragsärztliche Tätigkeit.



**VERORDNUNG ZUR ÄNDERUNG DER
ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR
VERTRAGSÄRZTE UND DER
ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR
VERTRAGSZAHNÄRZTE**

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REFERENTENTWURF DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT VOM 9. JULI 2025



➤ WESENTLICHE ÄNDERUNGEN IN DER ÄRZTE-ZV

➤ ARZTREGISTER

➤ ANTRÄGE AUF EINTRAGUNG INS ARZTREGISTER UND ZULASSUNG

➤ VERTRETUNGSREGELUNGEN

➤ ARBEIT DER ZULASSUNGS-AUSSCHÜSSE

Wesentliche Änderungen in Bezug auf das Arztregister

- › Alle Register der bisherigen Ärzte-ZV werden in einem Register vereint
- › Die Inhalte des Arztregisters werden substantiell erweitert von einem reinen Personenregister zu einem Register von Personen und Organisationen
- › Die Form der Registerführung wird flexibilisiert
- › Digitalisierung des Arztregisters und der Registerakten nachvollzogen
- › Einsicht ins Arztregister nun auch für Dritte bei der KV



Digitales Arztregister und Registerführung

§ 1 Abs. 1 Ref-E – „Für jeden Zulassungsbezirk führt die Kassenärztliche Vereinigung ein elektronisches Arztregister und die Registerakten, die ebenfalls elektronisch geführt werden können.“

- › elektronisches Arztregister zwingend = Status Quo
- › Registerakten „können“ elektronisch geführt werden → freiwillige Option, die den Austausch der Registerakten zwischen KVen unterstützt



Die Inhalte des Arztregisters werden substantiell erweitert.

Das Arztregister erfasst neben den zugelassenen Ärzten und Psychotherapeuten nun auch (§ 1 Abs. 2 Ärzte ZV-E):

- › **Angestellte** Ärzte und Psychotherapeuten bei Vertragsarzt / BAG / MVZ / Eigeneinrichtung nach § 105 Abs. 1c und 5 SGB V / Einrichtungen nach § 402 Abs. 2 SGB V (kommunal u.a.) (Nr. 1 Ärzte-ZV-E)
 - Bislang soll KV besonderes Verzeichnis nach § 32b Abs. 4 Ärzte-ZV führen
→ faktisch sind die angestellten Ärzte heute schon Bestandteil des Arztregisters
 - **NEU:** Aufnahme der BAG und der Eigeneinrichtungen
- › **Ermächtigte** Ärzte und Psychotherapeuten und **ermächtigte Einrichtungen** (Nr. 3 Ärzte-ZV-E)
 - Bislang führt KV besonderes Verzeichnis nach § 31 Abs. 10 Ärzte-ZV
→ faktisch sind die ermächtigten Ärzte heute schon Bestandteil des Arztregisters
 - **NEU:** ermächtigte Einrichtungen
- › BAG / MVZ / Eigeneinrichtung nach § 105 Abs. 1c und 5 SGB V / Einrichtungen § 402 Abs. 2 SGB V
 - **NEU:** Arztregister ist nicht mehr nur Personenregister, sondern erfasst auch **Informationen zu Organisationen**

Bisheriges Ermächtigungsregister soll integriert werden.

› Bislang:

- › KV führt besonderes Verzeichnis über **die Ermächtigungen** (Ermächtigungsregister nach § 31 Abs. 10 Ärzte-ZV) .
- › Erfasst werden **persönliche**, als auch **Institutsermächtigungen** (Ladurner, § 31a Ärzte-ZV, Rn. 66)
- › Registereintrag ist **rein informativer Natur** und entfaltet keinerlei Rechtswirkungen.
- › Eintragung ist **nicht** Voraussetzung für die Erteilung der Ermächtigung (Statusakt).
- › Abgrenzung zum Arztregister: Eintragung ist Voraussetzung für die Erteilung des Statusaktes.
- › Keine näheren Vorgaben zu der Führung des Ermächtigungsregisters.
- › Möglichkeit der Anlehnung an das Muster zu § 2.
- › Formlose Mitteilung über Eintragung und Streichung zur Vermeidung von Irrtümern.

Bisheriges Ermächtigungsregister soll integriert werden.

NEU: § 1 Abs. 2 Nr. 3 Ref-E – Erfassung der **ermächtigten Einrichtungen**

- › Verordnungsbegründung: Ermächtigte Einrichtungen werden mit **den Daten** ins Arztregister integriert, **die für die ermächtigten Einrichtungen erhoben werden können**.



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

- Nur ein kleiner Teil der in der Anlage zu § 2 aufgeführten Angaben ist inhaltlich sinnvoll und wird von der KV erhoben.
- Bei den Ermächtigungen, die qua Gesetz erfolgen haben die KVen kein Rechtsverhältnis zu der Einrichtung und keine Kenntnis von der Ermächtigung.
- Forderung nach einer gesetzlichen Regelung, die die einzelnen Einrichtungsarten und die zu erhebenden Daten auflistet.
- Sonst nur Information ohne Anspruch auf Vollständigkeit und Aktualität.

Anwendungsbereich der (gesamten) Ärzte-ZV wird ausgeweitet.

Die Ärzte-ZV „gilt entsprechend“ auch für (§ 1 Abs. 3 Ärzte-ZV-E):

- › **Berufsausübungsgemeinschaften**, MVZ und die dort angestellten Ärzte und Psychotherapeuten (Nr.2)
 - Neu: Aufnahme der BAG
- › Alle weiteren Angestellten (Nr. 3)
 - Bei Vertragsärzten /Vertragspsychotherapeuten
 - Eigeneinrichtungen, §105 Abs. 1c und 5 SGB V
 - Einrichtungen nach § 402 Abs. 2 SGB V
- › Ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten und ermächtigte Einrichtungen

Bestimmung der Zwecke des Arztregisters wird erweitert.

- › § 2 – **Bestimmung weiterer Zwecke, denen die Führung des Arztregisters dient**
- › Arztregister dient der Aufnahme der Angaben über die Person und die berufliche Tätigkeit des Arztes, die von Bedeutung ist für:
 - › die **Zulassung**
 - › die **Sicherstellung** der vertragsärztlichen Versorgung und
 - › der **Bedarfsplanung**



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

Die KBV regt an, bereits Aufgaben mitzudenken, die sich aus dem Gesundheitssicherstellungsgesetz ergeben werden.

Anlage zu §2 wird substantiell erweitert und flexibilisiert.

- › Bisher: §2 Abs. 2: Das Arztregister ist nach dem Muster der Anlage zu führen.
- › **NEU:** Das Arztregister muss die Angaben enthalten, die in der Anlage zu dieser Verordnung aufgeführt sind.
- › Substantielle Erweiterung der Anlage folgt der heutigen Datenhaltung in den Arztregistern der KVen → Rechtsgrundlage für alles, was die KVen und die KBV heute schon in den Arztregistern erheben
- › Streichung eines verbindlichen „Musters“ für das Arztregister folgt der heute schon praktizierten digitalen Datenhaltung in Datenbanken
- › In der Begründung wird klargestellt, dass die Informationen (insb. personenbezogen und organisationsbezogen) miteinander beliebig verknüpft werden dürfen.

Einsichtnahme in Arztregisterdaten und –akten wird erweitert.

- › NEU: Ärzten wird die Einsichtnahme in die Arztregisterdaten von Dritten bei Nachweis eines berechtigten Interesses ermöglicht (§ 9 Abs. 2 S. 2 Ärzte-ZV-E).
- › Die Einsichtnahme erfolgt bei den KVen.
- › Beispiele für eine Einsichtnahme nach der Begründung:
 - Konkurrenz im Nachbesetzungsverfahren oder Verwirklichung von Kooperationen genannt
 - Reduktion des Aufwandes für die Einsichtnahme in die eigenen Arztregisterdaten und -akten



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

Die Gewährung der Einsichtnahme in Akten Dritter bei der KV stellt eine unnötige Erweiterung der Einsichtnahmerechte dar, die in der Praxis nicht erforderlich ist. Dritten wird Akteneinsicht bereits bei den Zulassungsausschüssen im Rahmen der Verfahren gewährt.



➤ **WESENTLICHE ÄNDERUNGEN IN DER ÄRZTE-ZV**

➤ ARZTREGISTER

➤ ANTRÄGE AUF EINTRAGUNG INS ARZTREGISTER UND ZULASSUNG

➤ VERTRETUNGSREGELUNGEN

➤ ARBEIT DER ZULASSUNGSAUSSCHÜSSE

Der Antrag auf Eintragung ins Arztregister (§ 4 Ärzte-ZV-E)

- › Antragstellung in **Schriftform** oder QES nach § 36a SGB I (Abs. 2 S.1 Ärzte-ZV-E)
- › KVen stellen auf Ihrer Internetseite ein **Formular** für die Antragstellung zur Verfügung (Abs. 2 S. 2).
- › **Geburtsurkunde** als Identitätsnachweis (Abs. 3 Nr. 1) bleibt alternativlos.
- › Die Einreichung einer **beglaubigten Abschrift** ist **regelmäßig** möglich (Abs. 5).
 - › Urkunden nach § 4 Abs. 3 sind in „Urschrift oder in amtlich beglaubigter Abschrift“ beizufügen.
- › Pflicht des Arztes zur **Mitteilung bei Änderungen** in seinen persönlichen oder sächlichen Verhältnissen (Abs. 7)
 - Zweck: Inhaltliche Aktualität und sachliche Vollständigkeit des Registers gewährleisten



Antrag auf Zulassung (§ 18 Ärzte-ZV-E)

- › Schriftformerfordernis oder QES nach § 36a SGB I (Abs. 1 S.1)
- › Beifügung folgender Unterlagen **entbehrlich**:
 - **Arztregisterauszug**, wenn die Zulassung im **Bezirk derselben KV** beantragt wird, bei der die Eintragung ins Arztregister erfolgt ist.
 - **Bescheinigungen der KV** über **bisherige** Niederlassungen / **Zulassungen** müssen **nicht** mehr vorgelegt werden (§ 18 Abs. 2 Nr. 3 Ärzte-ZV entfällt).



Antrag auf Zulassung (§ 18 Ärzte-ZV-E)

- › Beifügung folgender Unterlage uneingeschränkt erforderlich:
 - › Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG, die das bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nachweist, ist vorzulegen. (§ 18 Abs. 2 Nr. 2 Ärzte-ZV-E)

- › KVen stellen auf Ihrer Internetseite ein **Formular** für die Antragstellung zur Verfügung (§ 18 Abs.1 S. 2 Ärzte-ZV-E).

Bürokratischer Aufwand
bei Antragsstellung



Antrag auf Erteilung der Anstellungsgenehmigung (§ 32b Ärzte-ZV-E)

- › Antrag auf Erteilung der Anstellungsgenehmigung (§ 32b Abs. 2 Ärzte-ZV-E):
 - › § 18 Ärzte-ZV-E gilt analog
 - › **Schriftliche Antragstellung** und enthält folgendes:
 - Angaben über vereinbarte Arbeitszeit, Arbeitsort und gewünschten Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme
 - Beizufügen: Kopie des Arbeitsvertrages
 - Reduzierte Anforderungen beim Verzicht auf die Zulassung zu Gunsten der Anstellung (Abs. 3)



Antrag auf Zulassung



- › **§ 18 Abs. 3 – Art des Führungszeugnisses**
- › Die Art des beizufügenden Führungszeugnisses (nach § 30 Abs. 5 oder nach § 30b BZRG) wurde durch die Ärzte-ZV bundeseinheitlich festgelegt.
- › Für bestimmte Facharztgruppen, bei denen die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu erwarten ist, soll ein erweitertes Führungszeugnis vorgelegt werden.

KV kann künftig statt in amtlichen Blättern im Internet veröffentlichen.

§§ 11, 15, 16b Ärzte-ZV: Veröffentlichung durch KVen in den für sie zuständigen Blättern „**oder im Internet**“ bei der **Bekanntmachung** von:

- Zulassungsbezirken (§11),
- der Ausschreibung von Vertragsarztsitzen (§15) und
- der Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen in bekannt machen (§16b)



➤ **WESENTLICHE ÄNDERUNGEN IN DER ÄRZTE-ZV**

➤ ARZTREGISTER

➤ ANTRÄGE AUF EINTRAGUNG INS ARZTREGISTER UND ZULASSUNG

➤ VERTRETUNGSREGELUNGEN

➤ ARBEIT DER ZULASSUNGSAUSSCHÜSSE

Vertretung und Assistenz (§§ 32ff. Ärzte-ZV-E)

- › Trennung der Regelungen in §§ 32 bis 32d Ärzte-ZV-E betreffend:
 - › Vertretung des Vertragsarztes (§ 32 Ärzte-ZV-E)
 - Genehmigungsfreie Vertretung (Abs. 2)
 - Genehmigungspflichtige Vertretung (Abs. 3, Abs. 4, Abs. 5)
 - › Anstellung von Assistenten (§ 32a Ärzte-ZV-E)
 - › Anstellung von Ärzten (§ 32b Ärzte-ZV-E)
 - › Vertretung angestellter Ärzte (§ 32c Ärzte-ZV-E)
 - › Vertretung von ermächtigten Ärzten (§ 32d Ärzte-ZV-E)

➔ Verbesserung der Übersichtlichkeit und Systematik dieses Komplexes

Vertretung des Vertragsarztes (§ 32 Ärzte-ZV-E)



- › **Genehmigungsfreie Vertretung (Abs. 2)**
 - › **Vertretungsgründe** erweitert um den humanitären Einsatz
 - „Wenn die humanitäre Hilfe nicht neben der Erfüllung der vertragsärztlichen Aufgaben geleistet werden kann.“ (Begründung S. 62)
 - › **Vertretungsdauer bei Krankheit** erweitert auf **6 Monate** innerhalb von 12 Monaten (zuvor 3 Monate innerhalb von 12 Monaten)
 - Maximale Höchstdauer der genehmigungsfreien Vertretung.
 - Auch nicht bei Zusammentreffen von Vertretungszeiten aus unterschiedlichen Gründen.

Vertretung des Vertragsarztes (§ 32 Ärzte-ZV-E)

- › **Genehmigungspflichtige** Vertretung (Abs. 3, Abs. 4)
 - › **Neu:** Genehmigung längerer Vertretungsdauer durch die KV, wenn genehmigungsfreie Vertretung (nach Abs. 3) die **Höchstdauer erreicht** und der Vertragsarzt die Tätigkeit noch nicht wieder aufnehmen kann
 - Umwandlung der genehmigungsfreien Vertretung in eine genehmigungspflichtige Vertretung.
 - › **Beibehaltung** der weiteren Vertretungsgründe und der Dauer:
 - Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (Abs. 4) – keine zeitliche Grenze
 - Erziehung von Kindern – bis zu 36 Monaten (muss nicht zusammenhängend genommen werden)
 - Pflege von Angehörigen – bis zu 6 Monaten
- › Zeiträume (Höchstdauer) können von der KV verlängert werden.

Vertretung des Vertragsarztes (§ 32 Ärzte-ZV-E)



- › **Genehmigungspflichtige Vertretung**
- › **Praxisverweser** (Abs. 5) - „Weiterführung der Praxis eines **verstorbenen** Vertragsarztes“
- › Implementierung der Regelung des § 4 Abs. 3 BMV-Ä in die Ärzte-ZV
- › **Vertretungsdauer** erweitert: **9** Monate nach dem Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Tod eingetreten ist.
- › Verlängerung: in begründeten Einzelfällen möglich.
- › Information durch KV an Landesverbände der Krankenkassen (über Name des Vertreters, Zeitpunkt Vertretungsbeginn und –ende)

Vertretung des Vertragsarztes (§ 32 Ärzte-ZV-E)

- › Interne und kollegiale Vertretung (Abs. 7):
- › Abgrenzung der Begrifflichkeiten:
- › **Interne Vertretung** = In Zeiten der Abwesenheit ihres Arztes werden die Patienten von einem oder mehreren Ärzten **derselben Arztpraxis** versorgt.
- › **Kollegiale Vertretung** = In Zeiten der Abwesenheit ihres Arztes werden die Patienten von einem oder mehreren Ärzten **in dessen** Arztpraxis versorgt. Der Vertreter rechnet die Leistung als eigene ab.
- › Beschränkende Regelungen der **übrigen Absätze gelten nicht**
 - › Ausnahme: **Mitteilungspflicht an die KV bei Vertretung länger als eine Woche (Abs. 2 S. 5)**
- › Klarstellung in der Gesetzesbegründung: **Keine zeitlich unbegrenzte** interne Vertretung möglich.

Vertretung des Vertragsarztes (§ 32 Ärzte-ZV-E)

- › **Besonderheit bei der internen Vertretung (Abs. 7 S. 2)**
- › Ärzte mit reduziertem Versorgungsauftrag und teilzeitbeschäftigte Ärzte derselben Arztpraxis dürfen
 - › zum Zweck der internen Vertretung
 - › Unbeschadet bestehender Leistungsgrenzen
 - › ihren Tätigkeitsumfang ausweiten oder ihre Arbeitszeit erhöhen,
 - › soweit die Vertretung dies erfordert.
- › Genehmigung der KV nicht erforderlich.
- › Aber **Mitteilung** an KV, bei Vertretung über eine Woche.
 - › KV muss wissen, ab wann Arzt der Versorgung nicht mehr zur Verfügung steht.

Vertretung des Vertragsarztes (§ 32 Ärzte-ZV-E)

- › Durch Abs. 7 S. 2: Korrektur der nicht sachgerechten Rechtsprechung
- › Urlaubs- und Krankheitsvertretungen dürfen, wie bei der externen Vertretung, nur bis zur Dauer von drei Monaten berücksichtigt werden (analoge Anwendung des § 32 Abs. 1 S.2).
(Urteil vom 30.10.2019, Az. B 6 KA 9/18 R, Rn. 30)



Bundessozialgericht

Beschäftigung von Assistenten (§ 32a Ärzte-ZV-E)

- › Bessere Übersichtlichkeit:
- › Grundlegende Regelungen (Abs. 1)
- › Assistenzarten:
 - › Aus- und Weiterbildungsassistenten (Abs. 2)
 - › Sicherstellungs- bzw. Entlastungsassistenten (Abs. 3)
 - › **NEU: Beschäftigung von Assistenten zum Auffangen von Patienten (Abs. 4)**

Beschäftigung von Assistenten (§ 32a Ärzte-ZV-E)

- › **Aus- und Weiterbildungsassistenten** (Abs. 2)
- › **Bislang** galt nach der Rechtsprechung eine zahlenmäßige Beschränkung:
- › Vertragsarzt mit vollem Versorgungsauftrag kann höchstens einen vollzeitig tätigen WBA oder zwei WBA mit hälftiger Wochenarbeitszeit beschäftigen (Umsetzung BSG, Urteil vom 12.02.2020, B 6 KA 1/19 R)
- › Neu: Festlegung einer **doppelt so hohen Anzahl**, sofern die WBO keine höhere Anzahl von Aus- und Weiterbildungsassistenten zulässt.
 - › Die Vereinbarten Arbeitszeiten des WBA müssen innerhalb der eigenen regulären Praxisarbeitszeit liegen.
 - › Hierdurch: Sicherstellung der Überwachung und Anleitung durch den Weiterbildenden und
 - › Keine Ausweitung des Leistungsumfanges (Abs. 6).

Beschäftigung von Assistenten (§ 32a Ärzte-ZV-E)

- › **Neu: Beschäftigung von Assistenten zum Auffangen von Patienten (Abs. 4)**
- › Bei bisheriger Praxis der Patienten (in näherer Umgebung) endet die Zulassung (z.B.: Krankheit / Ruhestand).
- › Weiterbehandlung dieser Patienten ist nicht mehr gesichert.
- › Übernahme einer anderen Praxis und Beschäftigung eines Assistenten.
- › **Besonderheit:** Absicherung des **Versorgungsauftrages eines Dritten** (der bisherigen Vertragsärztin).
 - › Ausweitung des Leistungsumfanges wird ermöglicht (vgl. Abs. 6 S. 2)

Beschäftigung von Assistenten (§ 32a Ärzte-ZV-E)

- › **Grundsatz (Abs. 6 S.1):**
- › Verbot der Leistungsausweitung
- › Keine Beschäftigung von Assistenten, die der Vergrößerung der Vertragsarztpraxis oder der Aufrechterhaltung eines Übergroßen Praxisumfanges dienen (Abs. 6 S. 1).

- › **Ausnahmen (Abs. 6 S. 2):**

- 1. Fälle der **Förderung der Weiterbildung von Vertragspsychotherapeuten** nach § 95c Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V (aus § 32 Abs. 3 S. 3 Ärzte-ZV)
 - Vergrößerung bei vollem Versorgungsauftrag: auf 1,5fache der Vollauslastung
 - Vergrößerung bei hälftigem Versorgungsauftrag: auf das 1,0 fache der Vollauslastung

Beschäftigung von Assistenten (§ 32a Ärzte-ZV-E)

2. Fälle der **Förderung der Weiterbildung nach § 75a SGB V** (aus § 32 Abs. 3 S. 3 Ärzte-ZV)
3. **Neu:** Fälle der **Mitversorgung von Patienten** der Nachbarpraxis nach Abs. 4
 - › Nach den Spielregeln nach Nr. 2

Anstellung von Ärzten (§ 32b Ärzte-ZV-E)

- › Nachvollzug des § 95 Abs. 9b, erster Halbsatz SGB V (Abs. 5)
- › **Umwandlung** einer genehmigten Anstellung (Abs. 2) in eine Zulassung, wenn:
 - Umfang der Zulassung der Anstellung entspricht (Umfang: voll; 1/2; **3/4**),
 - Der Anstellende beantragt kein Nachbesetzungsverfahren (§ 103 Abs. 3a S.1 SGB V).
- ✓ ZA prüft **vor** Durchführung Nachbesetzung:
Kommt es zu Umwandlung nach § 32b Abs. 5?
- › Gebundene Entscheidung des ZA

Vertretung des angestellten Arztes (§ 32c Ärzte-ZV-E)

- › **Bleibt: Rahmenvorgaben für die genehmigungsfreie Vertretung**
 - › Regelungen zur **Vertretung von Vertragsärzten** gelten analog (Verweis auf § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV-E)
 - › Regelungen zur Vertretung bei Freistellung oder Beendigung des Anstellungsverhältnisses bleibt:
 - Vertretungsdauer (bis zu **6 Monaten**) und
 - Vertretungsvoraussetzungen (Freistellung des Angestellten oder Beendigung des Anstellungsverhältnisses (Tod, Kündigung oder andere Gründe)
 - › Vertretung länger als 1 Woche ➔ **Mitteilung** an KV (Verweis auf § 32 Abs. 2 S. 2 Ärzte-ZV-E)
- › **Neu: interne Vertretung** (vorübergehende Erhöhung der Arbeitszeit bzw. Erhöhung des Tätigkeitsumfangs bei Krankheit) auch bei Angestellten möglich - Verweis auf § 32 Abs. 7 (Abs. 2).

Vertretung / Assistenz angestellter Ärzte (§ 32c Ärzte-ZV-E)

- › **Genehmigungspflichtige Vertretung / Assistenz:**
- › **Neu: genehmigungspflichtige Vertretung aus Gründen der Sicherstellung** (Abs. 1 iVm § 32 Abs. 4 Ärzte-ZV-E)
 - Befristung, aber Verlängerung möglich (wie bei der Vertretung des Vertragsarztes)
- › **Neu: genehmigungspflichtige Assistentenregelung** (Abs. 3):
 - › Ein Angestellter darf einen Assistenten beschäftigen.
 - Einschränkung: wenn angestellte Ärzte **vorübergehend** ihre **Arbeitszeit reduzieren**.
 - aus **Sicherstellungsgründen zur Entlastung** eines Angestellten, der seine vertragsärztlichen Pflichten vorübergehend nicht in vollem Umfang erfüllen kann (Verweis auf § 32a Abs. 4 Ärzte-ZV-E).
 - Bzgl. Befristung, Höchstdauern, Grds. Verbot der Leistungsausweitung => Wie bei Vertretung bzw. Beschäftigung Assistent

➤ **WESENTLICHE ÄNDERUNGEN IN DER ÄRZTE-ZV**

➤ ARZTREGISTER

➤ ANTRÄGE AUF EINTRAGUNG INS ARZTREGISTER UND ZULASSUNG

➤ VERTRETUNGSREGELUNGEN

➤ ARBEIT DER ZULASSUNGS-AUSSCHÜSSE



Die Arbeit der Zulassungsausschüsse soll digitalisiert werden.

- › Unterlagen können elektronisch zur Verfügung gestellt werden (§36 Abs. 1)
- › Die Entscheidung über das Sitzungsformat (hybrid/ rein virtuell) kann der ZA unabhängig von gewichtigen Gründen möglich in einer Video- oder Telefonkonferenz treffen (§36 Abs. 2).
 - › **Einstimmigkeitserfordernis** des ZA über die Wahl des Sitzungsformates aus § 36 Abs. 3 S.4, S.5 Ärzte-ZV **gestrichen**
→ es gilt § 96 Abs. 2 S. 6 SGB V, d.h. nun gilt einfache Stimmenmehrheit und bei Stimmengleichheit gilt es als abgelehnt.
- › Der ZA kann die digitale Teilnahme an mündlichen Verhandlungen gestatten (§37 Abs. 3).



Aktuelle Gesetzgebung 3/3

› Notfallreform

- Weitgehender Aufsatz auf dem RefE der letzten Legislatur
- 24/7 Videobereitschaftsdienst sowie 24/7 aufsuchender Bereitschaftsdienst

Kontaktpunkte zur Einleitung einer Akutversorgung (1/2)



Digitale
Ersteinschätzung

Digitale Ersteinschätzung

- **Pflichtangebot** aller KVen
- **Bundesweit einheitlich**
- Patienten schnell und sicher in die **richtige Versorgungsebene** steuern
- **Digitale Dokumentation** zur Grundlage der weiteren Versorgung
- **Reformziel:** Entlastung der Notaufnahmen, bessere Steuerung, mehr Transparenz und Patientensicherheit



Akuteleitstelle

Akuteleitstelle

- **Zentrale Stelle zur Steuerung im ambulanten Notdienst (116117)**
- 24/7 Erreichbarkeit – telefonisch und digital – für 75% der Anrufenden binnen 3 min.; für 95% binnen 10 min.
- Strukturierte Ersteinschätzung durch medizinisches Personal und Vermittlung von Terminen
- Im Rahmen des Gesundheitsleitsystem mit der Rettungsstelle (112) verbunden

Kontaktpunkte zur Einleitung einer Akutversorgung (2/2)



Integriertes Notfallzentrum

- Bestehend aus
 - (1) Ersteinschätzungsstelle („gemeinsamer Tresen“),
 - (2) KV-Notdienstpraxis und
 - (3) KH-Notaufnahme
- Geöffnet 24/7, KV-Notdienstpraxis hat abweichende Öffnungszeiten
- **Ziel:** Bundesweite Einführung mit Ersteinschätzung, Zuweisung, Dokumentation, Kooperation



Krankenhaus ohne INZ

- **Ersteinschätzung** (Grundlage für Vergütung)
- Ersteinschätzung entscheidet: Weiterleitung an ein INZ oder Versorgung vor Ort

Ergänzende Punkte im Zusammenhang mit der Akutleitstelle



**Digitale
Notfall-
dokumentation**

Digitale Notfalldokumentation

- Einheitliche digitale Erfassung aller relevanten Falldaten
- Medienbruchfreie Weitergabe zwischen Rettungsdienst, Akutleitstelle und Notfallzentrum
- Grundlage für schnelle Anschlussversorgung und klare Verantwortlichkeiten
- Transparenz für alle beteiligten Akteure, bessere Nachvollziehbarkeit
- Reformziel: Effizienzsteigerung, Patientensicherheit, Entlastung durch digitale Rettungskette



**Aufsuchender
Dienst**

Aufsuchender Dienst

- Pflichtangebot der Kassenärztlichen Vereinigungen, 24 Stunden täglich verfügbar
- Versorgung vor Ort, wenn Praxisbesuch oder Telemedizin nicht möglich oder ausreichend
- Entlastung durch Einbindung qualifizierten nichtärztlichen Personals oder Kooperation mit Rettungsdienst
- Ergänzung des telemedizinischen Angebots, auch für Kinder- und Jugendmedizin

Leistungen des INZ



E-Reze



Termin-
vermittlung

Leistungen eines INZ

- Ausstellung einer **elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)** direkt vor Ort
- **Terminvermittlung** für weiterführende ambulante Behandlung über die Akutleitstelle
- Ausstellung von **E-Rezepten** für notwendige Arzneimittel
- **Apotheke am Standort**
 - Vertraglich angebunden, in unmittelbarer Nähe zur Notdienstpraxis
 - Direkte Einlösung von E-Rezepten aus dem INZ möglich
 - Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten auch außerhalb regulärer Öffnungszeiten
 - Ergänzt die Notfallversorgung durch kurze Wege und sofortige Verfügbarkeit

Aufgabe der KVen

Strukturelle Aufgaben

- Betrieb von Akutleitstellen (24/7, bundesweit einheitliche Rufnummer 116117)
- Kooperation mit Rettungsleitstellen (digitale Vernetzung, Datenweitergabe)
- Beteiligung an Integrierten Notfallzentren (INZ) inkl. Kinder- und Jugend-INZ
- Sicherstellung der notdienstlichen Akutversorgung (Telemedizin, aufsuchender Dienst, Notdienstpraxen)

Richtlinien und Steuerung

- Mitwirkung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA):
 - Entwicklung einer bundesweit einheitlichen Richtlinie zur Ersteinschätzung
 - Vorgaben für Ausstattung und Qualität der Notdienstpraxen
- Standardisierte Ersteinschätzung als verbindliches Verfahren für Steuerung und Dokumentation

Berichte und Evaluation

- KBV-Bericht an das BMG bis 2027 über:
 - Erreichbarkeit und Vermittlungsquote der Akutleitstellen
 - Häufigkeit der Inanspruchnahme
 - Qualität und Effizienz der Terminvermittlung
- Transparenzberichte über Finanzierungsvereinbarungen
- Regelmäßige Evaluation der Auswirkungen auf Versorgung und Kosten

**DEUTSCHLAND MUSS
#PRAXENLAND BLEIBEN**

Praxenland.de

VIELEN DANK!

