

Stellungnahme zum Themenkreis 'angestellte Ärzte & kooperative Leistungserbringung ' im Besonderen berührenden Passagen des Entwurfes eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG)

Eine Analyse & Meinung des BMVZ e.V.
Stand: 10. Januar 2019



Kontakt unter: **Bundesverband Medizinische Versorgungszentren –
Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V.**

BMVZ e.V.

Schumannstraße 18
10117 Berlin

Kontakt:

Herr Dr. Peter Velling – p.velling@bmvz.de
Frau Susanne Müller - s.mueller@bmvz.de

Tel.: 030 – 270 159 50

Fax: 030 – 270 159 49

www.bmvz.de

Inhaltsübersicht

Seite 2	Überblick- Zusammenfassung
Seite 3	MVZ: Ärztenetze als Träger
Seite 4	MVZ: Überlegungen zur Beschränkung der Gründungsberechtigung
Seite 9	MVZ: zulässige Rechtsformen
Seite 9	MVZ: Gleichwertigkeit der Bürgerschaftsleistungen
Seite 9	KVen: Prüfung der Einhaltung der Versorgungsverpflichtung
Seite 10	MVZ: Gesellschafteranteile für angestellte Ärzte
Seite 13	Bedarfsplanung: Rolle der obersten Landesbehörden
Seite 13	MVZ: Spezifisches Auswahlkriterium im Nachbesetzungsverfahren
Seite 14	Angestellte Ärzte: Planungsbereichsübergreifende Zweigstelle
Seite 15	Angestellte Ärzte: Prüfvorbehalt bei Personalwechsel
Seite 22	Strukturfond: Finanzierungsziele
Seite 22	KVen: Eigeneinrichtungen
Seite 23	Ärzte: Detailvorgaben zum Sprechstundenangebot
Seite 26	Angestellte Ärzte: Zulassungsgebühren für besonderes Verzeichnis
Seite 27	Kooperationen: Angemessene Berücksichtigung im EBM
Seite 28	MVZ: Plädoyer für die Rückkehr zur Trägervielfalt

Überblick - Zusammenfassung

Der BMVZ e.V. steht für die Überzeugung, dass nur durch fairen Wettbewerb der verschiedensten Leistungserbringer und Versorgungsstrukturen die jeweils für die Region passendsten medizinischen Versorgungsformen gefunden werden können. Daher halten wir es für wesentlich, die nicht-ärztliche Trägervielfalt bei den MVZ zu erhalten und gleichzeitig die Position der Ärzteschaft dadurch zu stützen, indem der Rechtsrahmen so weiterentwickelt wird, dass gerade auch kleinere lokale und regionale Versorgungslösungen rechtssicher möglich sind und finanzierbar bleiben.

Entsprechend begrüßen wir alle Änderungen, die darauf abzielen, Alltagshemmnisse bei der kooperativen Versorgung abzubauen. Die andererseits vorgesehene Einschränkung, dass die regional gut verankerten Ärztenetze künftig MVZ zwar gründen dürfen, jedoch nur in unterversorgten Regionen, halten wir jedoch für wenig zielführend.

Wesentlichster Kritikpunkt ist darüber hinaus das Vorhaben, jede Nachbesetzung einer Angestelltenstelle unter den Vorbehalt einer zusätzlichen (dritten!) Bedarfsprüfung zu stellen. Zu Ende gedacht würde mit einer solchen Regelung eine Entwicklung in Gang gesetzt, die – ohne Nutzen für die Patienten – die kontinuierliche Besetzung von Angestelltenstellen behindert und auf lange Sicht den Abbau entsprechender Arbeitsplatzangebote verursacht. Da nach wie vor ein Großteil der angestellten Ärzte weiblich ist, hätte eine solche Entwicklung auch eine nicht zu vernachlässigende Geschlechterkomponente.

Gleichzeitig halten wir es angesichts der aktuellen Entwicklung für maßgeblich, dass angestellten Ärzten/Ärztinnen bundeseinheitlich eine (zeitlich und örtlich beschränkte) Trägereigenschaft für MVZ zuerkannt wird. Die hierzu im TSVG bereits enthaltene Neufassung des § 95 Abs. 6 SGB V ist diesbezüglich unzulänglich und wenig praktikabel.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass das 'MVZ' in der aktuellen politischen Debatte stark negativ konnotiert ist. Darüber gerät leider außer Acht, was ein MVZ im besten Sinne ist und welche Möglichkeiten es für Ärzte und Patienten bietet. Diese Diskussion unterschlägt schlichtweg all die guten Gründe, warum sich MVZ im Laufe der vergangenen 15 Jahre sowohl gesundheitspolitisch etabliert als auch in der Versorgung bewährt haben.

Zu den positiven Gestaltungselementen, die mit der Struktur des MVZ in die Versorgungslandschaft eingebracht wurden, gehört neben der gesteigerten Sensibilität für die Sinnhaftigkeit fachübergreifender Kooperation insbesondere auch der Mehrwert, der sich gerade daraus ergibt, dass neben Vertragsärzten auch weitere Leistungserbringer Verantwortung für ambulante Strukturen übernehmen. Dadurch werden Lösungsansätze in die Versorgungslandschaft eingebracht, die gerade im Zusammenspiel mit niedergelassenen Ärzten weiterführende innovative Versorgungsmodelle ermöglichen.

Denn kooperative Versorgung – politisch gewünscht und vom Patient benötigt – bleibt eine der wichtigsten Antworten auf die hochkomplexen Herausforderungen unserer Gesundheitsversorgung. Dieser Konsens sollte über die aktuell oft unsachlich geführte Debatte nicht leichtfertig gefährdet und insbesondere nicht aus einer abstrakten Missempfindung heraus, durch regulatorische Querschläger zu Lasten der kommenden Mediziner- und Patientengenerationen aufgekündigt werden.

Detail-Stellungnahme

MVZ: Ärztenetze als zulässige Träger

Mit Bezug auf Bundestagsdrucksache 19/6337, dort:

Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe a – aa)

(§ 95 Absatz 1a SGB V)

§ 95 Absatz 1a SGB V regelt die grundsätzlichen Gründungs- und Betriebsvoraussetzungen von MVZ. In Fortsetzung der Gesetzgebung der Jahre 2011 (*GKV-VStG*) und 2015 (*GKV-VSG*) ist hier im Gesetzesentwurf vorgesehen, in Anpassung an aktuelle Entwicklungen nachzujustieren.

Soweit dabei die Ärztenetze nach § 87b Absatz 4 SGB V neu als zulässige Gründer eingeführt werden sollen, wird dies vom BMVZ befürwortet. Als regional fest verankerte Kooperationsform leisten anerkannte Netzstrukturen regelmäßig einen relevanten Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung. Die Aufnahme der Ärztenetze als eigenständigen Rechtsträger in den MVZ-Trägerkreis ermöglicht hier im Interesse der Patienten stabile, im Letzten vertragsärztlich geleitete Trägerstrukturen, die insbesondere auch zeitlich über das Ausscheiden einzelner Netzärzte hinausreichen und so insgesamt zur langfristigen Sicherung der Versorgung beitragen. Hinsichtlich der vom BMVZ grundsätzlich unterstützten Trägervielfalt wird hiermit in Richtung der Vertragsärzteschaft ein entsprechend starkes Signal gesendet und dieser eine neue Gestaltungsoption eröffnet.

Vor diesem Hintergrund ist jedoch nicht zu verstehen, weshalb die Trägereigenschaft an das Bestehen einer festgestellten Unterversorgung gekoppelt werden soll. Vielmehr können MVZ in Hand regional stark verbundener Träger erwiesenermaßen dazu beitragen, Unterversorgung proaktiv zu verhindern. Zudem sind Ärztenetze ja durch eine gewisse räumliche Weitläufigkeit charakterisiert, die häufig verschiedene Bedarfsplanungsbezirke (bspw. Stadt + Umland) verbindet. Eine Subsidiarität der Trägereigenschaft für Netze wäre daher kontraproduktiv und stellte auch eine nicht begründete Benachteiligung der Ärztenetze bei der MVZ-Gründung dar.

Im Weiteren stellt sich, wie bei jeder Regelung, die an die Bedingung der Unterversorgung geknüpft ist, die Frage, wie mit Planungsbezirken umzugehen ist, die sich – in diesem Fall durch die MVZ-Gründung – rechnerisch von einem unterversorgten Bezirk zu einem normal versorgten verändern? Berechtigt wäre auch die Frage, ob ein fachübergreifendes MVZ zulässig wäre, wenn nur eine der vorgesehenen Fachrichtungen als unterversorgt gilt, die andere(n) aber nicht.

Da wie dargestellt ohnehin keine objektiven Gründe für die Beschränkung der Gründungsberechtigung nur auf unterversorgte Regionen vorliegen, fordern wir, die einschränkende Bedingung aufzuheben. Dies auch, um die sich automatisch ergebenden komplexen Auslegungsfragen, die hier nur kurz angerissen wurden, zu vermeiden.

MVZ: Überlegungen zur Beschränkung des Trägerkreises, bzw. des Umfangs der Gründungsberechtigung

Mit Bezug auf Bundestagsdrucksache 19/6337, dort:

Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe a – bb & cc)

(§ 95 Absatz 1a SGB V)

Im Gesetzesentwurf ist vorgesehen, die Trägergruppe der Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V in ihren bisherigen Gründungsrechten zu beschränken, da sich *'die uneingeschränkte Einbeziehung von Erbringern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen in den Gründerkreis eines MVZ nicht bewährt habe.'* Ausweislich der weiteren Begründung soll damit verhindert werden, dass *"MVZ immer häufiger von Investoren gegründet werden, die allein Kapitalinteressen verfolgen und keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben."*

Der damit hergestellte Bezug zwischen dem besonderen Versorgungssegment der Dialyseleistungen und der Entwicklung, dass sich Investoren ohne originären medizinischen Bezug in der ambulanten Versorgung engagieren, entbehrt jedoch einer sachlichen Grundlage. Ausweislich der KZBV-Analyse zu *"Fremdinvestoren im Bereich zahnärztlicher Medizinischer Versorgungszentren"* gibt es insbesondere keine Zahn-MVZ, die mit Hilfe eines Dialyseleistungserbringers als Trägerkonstrukt gegründet wurden.¹

Vor diesem Hintergrund ist die geplante Gesetzesänderung abzulehnen, da Maßnahme und Zielsetzung in keinem nachvollziehbaren Verhältnis zueinander stehen.

Soweit es dem Gesetzgeber darum gehen sollte, allgemein im Bereich der MVZ-Gründungen den Wettbewerb zwischen den zulässigen Trägern zu steuern oder monopolartige Strukturen zu verhindern, sei darauf hingewiesen, dass das SGB V unseres Erachtens nicht der geeignete Ort ist, um Wettbewerbsregularien zu verankern. Diesbezüglich ist insbesondere auf das Kartellrecht hinzuweisen, das uneingeschränkt auch für den ambulanten Versorgungsmarkt Wirkung entfaltet.

Die aktuelle Debatte rund um MVZ stellt darüber hinaus kritisch darauf ab, dass über die teils verschachtelten MVZ-Trägerstrukturen Akteure Einfluss auf die ambulante Versorgung erlangen, die – so die gängige Argumentation - zuvorderst Kapitalinteressen bedienen, ohne der Patientenversorgung fachlich oder ethisch in dem Maße verpflichtet zu sein, wie Ärzte und Krankenhäuser es seien. Es handelt sich dabei um ein Argument, mit dem bereits im Jahr 2011 die weitgehende Reduktion des MVZ-Trägerkreises auf Ärzte, Krankenhäuser und Dialyseträger begründet wurde.

¹ *"Fälle, in denen nichtärztliche als Dialyseeinrichtungen MVZ-Träger genutzt worden sind, sind in der vertragszahnärztlichen Versorgung zwar bislang nicht bekannt, können jedoch nicht völlig ausgeschlossen werden."* (Vgl. Seite 6 der Veröffentlichung vom 2.7.2018)

Soweit damals erklärtermaßen beabsichtigt war, Kapitalinteressen und medizinferne Unternehmen vom ambulanten 'Markt' fernzuhalten, ist jedoch festzustellen, dass dieses Ziel gerade nicht erreicht wurde. Vielmehr sind die damaligen Änderungen in Kombination mit der Zulassung fachgleicher MVZ gemäß GKV-VSG 2015 Basis der Entwicklungen, die aktuell in einer teils sehr unsachlich geführten Debatte in Frage gestellt werden. Vor diesem Hintergrund erscheint es dem BMVZ mindestens fragwürdig, dass dasselbe Mittel (*Restriktionen beim Trägerkreis*), das offensichtlich nicht im Sinne der Zielsetzung des Gesetzgebers wirkt, nun verschärft zum Einsatz kommen soll.

Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass – wie zuletzt durch die Bundesregierung selbst festgestellt² - es auch nach inzwischen fünfzehn Jahren der MVZ-Entwicklung keine Berichte oder Belege darüber gibt, dass mit diesen kooperativen Versorgungsstrukturen, das Patientenwohl gefährdet wird oder die Versorgungsqualität leidet. Auch der Vorwurf, dass MVZ eine die wohnortnahe Versorgung gefährdende Zentralisierung ambulanter Angebote befördern, bleibt unbelegt. Vielmehr entspricht die Verteilung der MVZ-Strukturen³ auf die siedlungsstrukturellen Raumkategorien ziemlich genau der allgemeinen Bevölkerungsverteilung.⁴

Versachlicht man dagegen die Debatte bleibt im Kern der Auseinandersetzung bestehen, dass es bei der insbesondere seitens der ärztlichen Selbstverwaltung geforderten Beschränkung des Trägerkreises im Wesentlichen darum geht, das historisch gewachsene vertrags(zahn)ärztliche Monopol bei der Ausgestaltung der ambulanten Versorgung zu schützen. Entsprechend selten wird daher die Versorgungsperspektive der Patienten in den Vordergrund gestellt.

Für diese ergeben sich aus der Angebotsergänzung durch kooperative Strukturen mit zu Ärzten alternativen Trägern durchaus Vorteile; etwa hinsichtlich erweiterter Sprechstundenangebote, fachübergreifender Kooperation am Standort und der Möglichkeit größerer Trägerstrukturen, auch dezentrale, weniger rentable Standorte z. B. als Zweigstelle zu betreiben. Vor dem Hintergrund der nur endlichen Ressourcen 'Arzt' und 'Budget' ist es gesamtgesellschaftlich notwendig, Kapazitäten zu bündeln, Sektoren zu verzahnen und den positiven Wettbewerb zwischen den verschiedenen Versorgungsmodellen um eine möglichst effiziente Versorgung (bei gleichbleibender oder höherer Qualität) und um die Patientenzufriedenheit anzuregen.

² Bundestagsdrucksache 19/4927

³ Vgl. die jährliche KBV-Statistik zur MVZ-Entwicklung

⁴ Vgl. auch Bundestagsdrucksache 19/4927 – Seite 14:

"Nach den vorliegenden Zahlen werden an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende MVZ in der Regel regional konzentriert und überwiegend in Ballungsräumen gegründet. Dies ist aber weder eine Besonderheit zahnärztlicher MVZ, noch eine Besonderheit von MVZ insgesamt. So befindet sich beispielsweise auch die überwiegende Zahl der ärztlichen und zahnärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften (BAGen) in Großstädten sowie Ballungsräumen, da sich Praxen mit mehreren (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzten, insbesondere wenn diese einer Fachgruppe angehören, dort ansiedeln, wo sie auch eine entsprechend hohe Anzahl von Patientinnen und Patienten versorgen können."

Aus Sicht des BMVZ spricht daher die Mehrheit der Argumente dafür, die bestehende Trägervielfalt bei den MVZ unverändert beizubehalten. Einen Schutzraum für ein ausschließlich durch Vertragsärzte getragene Versorgung zu schaffen, halten wir dementsprechend für nicht zukunftsfähig und insbesondere auch für nicht im Interesse der Patientenversorgung, die MVZ aller Trägerschaften offenkundig gern annehmen. Dabei ist nicht von der Hand zu weisen, dass im Einzelfall auch nicht optimale Entwicklungen befördert wurden. Dies gilt jedoch auch für die klassische Niederlassungspraxis, von denen naturgemäß ebenfalls nicht jede Einzelne das Ideal des Versorgungsgedankens uneingeschränkt verkörpert. Um solchen Entwicklungen entgegenzutreten zu können, bedarf es aber funktionierender Einzelfallkontrollen auf KV-, bzw. berufsrechtlicher Ebene und nicht eines Bundesgesetzes.

Entsprechend gehen wir im Einklang mit der Bundesregierung davon aus, dass MVZ und Arztpraxen, *'unabhängig davon, ob es sich bei dem von ihnen betriebenen Unternehmen um ein kleines, mittleres oder großes Unternehmen handelt, in der Regel an einem angemessenen Gewinn interessiert sind,*⁵ und dass die für alle MVZ und Praxen gleichermaßen geltenden zulassungs- und berufsrechtlichen Vorgaben ein wirksames Instrument darstellen, die hochwertige und regelgerechte Patientenversorgung in allen Strukturen sicherzustellen.

Insgesamt kann daher für die Absicht, die Trägerschaft weiter eingrenzen zu wollen, keine sachlogische, bzw. objektiv aus Versorgungsaspekten und Patienteninteressen hergeleitete Begründung erkannt werden.

Vielmehr scheint die gegenwärtig geführte Debatte vor allem aus diffusen Ängsten vor Veränderungen der Gesundheitsversorgung gespeist zu werden, die ihrerseits vor allem auf mangelndem Wissen um die konkreten Entwicklungen im ambulanten Versorgungsmarkt gründen. Während für den zahnärztlichen Bereich detaillierte Informationen zu den Trägerstrukturen vorliegen, fehlt Ähnliches für den deutlich größeren Bereich der humanmedizinischen Versorgung. Möglicherweise berechtigte Sorgen verkehren sich dadurch zu 'gefühlten Bedrohungen', die nicht konkret begründet werden können.

Eine allein auf solche abstrakten Befürchtungen und emotionale Vorbehalte – so nachvollziehbar sie im Einzelfall auch sein mögen - begründete politische Intervention sehen wir mehr als kritisch. Angesichts der grundsätzlichen Bedeutung der Frage, wie in der Bundesrepublik künftig die ambulanten Strukturen gestaltet werden sollen, halten wir es für wesentlich, einzufordern, dass bevor – nach 2012 und 2015 - ein erneuter kurzfristiger Regulierungsversuch zur MVZ-Trägerschaft und -Charakteristik unternommen wird, belastbare Informationen über die Entwicklungen in der Versorgungslandschaft und zu deren Folgen für die Patientenversorgung sowie deren Qualität erhoben werden.

Entsprechend unterstützen wir alle Forderungen, die sich auf die Erhöhung der Transparenz hinsichtlich der MVZ-Strukturen und ihrer Gesellschafter sowie grundsätzlich auf die Schaffung einer entsprechenden amtlichen Informationsbasis beziehen.

⁵ Bundestagsdrucksache 19/4927 Seite 19

Sollte jedoch der Gesetzgeber an seiner Absicht, im Rahmen des TSVG die Möglichkeiten zur MVZ-Gründung weiter einschränken zu wollen, festhalten, plädieren wir eindringlich dafür, eine Lösung zu wählen, die die vielfältigen positiven Versorgungsansätze, die sich bisher gerade aus der Trägervielfalt ergeben haben, berücksichtigt und diese nicht aufgrund einer abstrakten Missbrauchsgefahr - die letztlich auch nach dieser Einschränkung bestehen bliebe - rasenmäherartig einschränkt.

Wie bereits in der Stellungnahme vom August 2018 formuliert, halten wir mit Blick auf die besondere Marktdynamik rund um das fachgleiche Zahn-MVZ – eine entsprechende Forderung der Zahnärzteschaft unterstützend - die Überlegung für sinnvoll, für den separaten Bereich der Zahnmedizin die Erfordernis des Fachübergreifens wieder einzuführen. Diesbezüglich wären jedoch die KVen zu verpflichten, Gründungen mit einem Zahnarzt sowie einem weiteren Vertragsarzt als zulässig anzuerkennen und nicht – wie aktuell immer noch häufige Spruchpraxis der KZVen - das Vorliegen des Fachübergreifens allein im vertragsärztlichen Bereich zu verlangen.

Alternativ halten wir es – so denn an der Regelungsabsicht im TSVG festgehalten wird - für vorstellbar, die Trägereigenschaft künftig regional auf den jeweiligen KV-Bereich zu begrenzen. Damit würde die MVZ-Gründung für zulässige Träger dann nur in der KV-Region zulässig, in der die Trägereigenschaft gemäß § 95 Absatz 1a SGB V besteht. Öffnungsklauseln für Gebiete mit drohender und bestehender Unterversorgung müssten dabei ebenso wie ein umfassender Bestandsschutz für alle bereits zugelassenen MVZ zwingend vorgesehen werden. Zwecks Erhöhung der Praktikabilität gerade an den Regionsgrenzen müsste zudem die bereits bestehende Möglichkeit zu KV-übergreifenden Zweigstelle klargestellt, sowie die Option geschaffen werden, für Verflechtungsräume an den regionalen Schnittstellen besondere Lösungen zu vereinbaren.

Eine Ausnahme müsste zudem für die Leistungserbinger nach § 126 Absatz 3 SGB V gemacht werden, da sich hier aufgrund der besonderen Vertragssituation mit den Krankenkassen die Trägereigenschaft schwerlich regionalisieren ließe.

In Anlehnung an den Kabinettsentwurf vom September 2018 könnte für diesen Bereich eine spezifische Einschränkung der Gründungsberechtigung auf fachliche Zusammenhänge erfolgen. Um eine sinnvolle Behandlung der häufig komplex erkrankten Dialysepatienten zu gewährleisten, müsste im Minimum die Gründungsberechtigung für alle internistischen Fächer, die Allgemeinmedizin, die Psychotherapie und für die Urologie klar - d.h. etwaigem limitierendem Auslegungsspielraum durch die Zulassungsausschüsse entzogen - erhalten bleiben. Der Begriff '*fachbezogen*' muss entsprechend eindeutig definiert werden. Hierfür wäre es wesentlich, den Wortlaut der Begründung entsprechend anzupassen.

Unter der nochmaligen Klarstellung, dass der BMVZ aus den auf den Seiten 3 bis 6 dargelegten Gründen aktuell keine Regelungsnotwendigkeit sieht, geben wir daher für den Fall, dass der Gesetzgeber an seiner Regelungsabsicht zur Steuerung des MVZ-Marktes dennoch festhält, folgenden Regelungsvorschlag zur Diskussion:

§ 95 SGB V – Ist	§ 95 SGB V –TSVG Kabinettsvorlage <i>rot</i> = Änderungen gegenüber IST	§ 95 SGB V <i>Blau</i> = Änderungen gegenüber Kabinettsentwurf
<p>(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.</p>	<p>(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, <i>von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3 in Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach §100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat</i>, oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden; <i>die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich.</i> Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung; <i>die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nicht ärztliche Dialyseleistungen nach §126 Absatz 3 gegründet wurden und am ... [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort.</i></p>	<p>(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, <i>von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3 in Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach §100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat</i>, oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden; <i>die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt. Für zugelassene Ärzte und zugelassene Krankenhäuser gilt die Gründungsberechtigung nur in dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung, in dem Gründer nach Satz 1 zugelassen oder ermächtigt sind; sofern in einem Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung, in dem der Arzt oder das Krankenhaus nicht zugelassen ist, der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat, sind sie auch dort berechtigt, ein medizinisches Versorgungszentrum zu gründen.</i> Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung; <i>die Zulassung von aller medizinischer Versorgungszentren, die von Erbringern nicht ärztliche Dialyseleistungen nach §126 Absatz 3 gegründet wurden und am ... [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von Satz 2 ihrem Versorgungsangebot unverändert fort.</i></p>

MVZ: zulässige Rechtsformen

Mit Bezug auf Bundestagsdrucksache 19/6337, dort:

Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe a – aa + bb)

(§ 95 Absatz 1a SGB V)

Mit der Änderung wird klargestellt, dass im Fall eines Trägers mit mehreren MVZ-Hauptbetriebsstätten, auf der gesellschaftsrechtlichen Ebene nicht für jedes MVZ eine eigene MVZ-GmbH zu gründen ist. Diese Klarstellung ist uneingeschränkt zu begrüßen.

Gleichzeitig möchten wir jedoch in diesem Zusammenhang nochmals auf die ungeregelte Problematik der MVZ-Einzelunternehmen verweisen. Diese sind bis 2012 in nicht unerheblicher Zahl von Vertragsärzten gegründet worden, die als Einzelperson nicht den Weg über die GmbH-Gründung gewählt haben, um ihr MVZ rechtlich auszugestalten. Mit der enumerativen Aufzählung der zulässigen Rechtsformen, wie sie sich seit dem GKV-VStG darstellt, verweigern die Zulassungsausschüsse jedoch heute zumeist MVZ-Zulassungen in dieser Rechtsform.

Dies hat vor allem Auswirkungen auf diejenigen bestandsgeschützten MVZ-Einzelunternehmen, die im Zuge der Zeit ihre MVZ einem Nachfolger übergeben möchten. Davon betroffen sind ausschließlich vertragsärztliche MVZ-Gründungen. Hier sind entsprechend im Zusammenhang mit der künftigen Abgabe der MVZ der ärztlichen Gründer der 'ersten Generation' (*Gründung zwischen 2004 – 2011*) erhebliche Probleme zu erwarten.

MVZ: Gleichwertigkeit der verschiedenen Bürgschaftsleistungen

Mit Bezug auf Bundestagsdrucksache 19/6337, dort:

Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe b - aa)

(§ 95 Absatz 2 SGB V)

Die Klarstellung wird begrüßt, da sie den Zulassungsgremien, die hier zuletzt teilweise der bereits bestehenden Rechtslage zuwider gehandelt haben, nochmals und unmissverständlich aufgibt, alle angeführten Bürgschaftsleistungen gleich zu behandeln.

KVen: Prüfung der Einhaltung der Versorgungsverpflichtungen

Mit Bezug auf Bundestagsdrucksache 19/6337, dort:

Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe c – bb + cc)

(§ 95 Absatz 3 SGB V)

Bereits seit dem GKV-VStG obliegt es den Kassenärztlichen Vereinigungen die Einhaltung der jeweils personenspezifischen Versorgungsaufträge der angestellten und Vertragsärzte zu prüfen. Hierzu regelt der Gesetzgeber nun ergänzende Details zur Durchführung und Organisation der Prüfung.

Zwecks Vereinheitlichung der Prüfroutinen und der Schaffung von zusätzlicher Transparenz ist dieses Vorhaben zu begrüßen. Jedoch darf es grundsätzlich nicht dazu eingesetzt werden, dass in Umkehrung des eigentlichen Prüfziels 'fleißigen' Ärzten mit überdurchschnittlichen Fallzahlen oder Prüfzeiten die Zulassung gekappt oder entzogen wird.

Dies stellte sonst durch die Hintertür die Einführung einer doppelten Plausibilitätsprüfung, die originär in § 106d SGB V geregelt ist, dar. Wie bei dieser wäre hier insbesondere bei kooperativ aufgestellten Leistungserbringern, bei denen durch die Charakteristika der Behandlungsfallzählung Fallzahlen und Plausibilitätszeitsummen das eigentliche Leistungsgeschehen stets nur inadäquat wiedergeben wird, besonders und automatisch von Verwerfungen betroffen.

Dies gilt auch für die eigentlich beabsichtige Feststellung, ob und inwieweit Versorgungsaufträge im Sinne eines Mindestsprechstundenangebotes eingehalten werden. Da aufgrund der Eigenheit der Behandlungsfall-Definition jedes MVZ, bzw. jede BAG – unabhängig von Größe und der häufig kooperativen Leistungserbringung auch innerhalb eines Fachs – je Patient stets nur einen Behandlungsfall im Quartal erzeugt, werden die tatsächlichen Verhältnisse nicht ordnungsgemäß widerspiegelt. So ist – um beispielhaft einen Zusammenhang herauszugreifen - etwa bei Komplexziffern, mit mehreren obligaten Leistungsinhalten vorgeschrieben, dass derjenige Arzt die GOP abrechnet und deshalb auch die ganze Kalkulationszeit zugeordnet bekommt, der die obligate Leistungsende mit seinem Beitrag vollendet. Dies völlig unabhängig davon, ob den wesentlichen Zeitaufwand und Leistungsinhalt eventuell zuvor seine Kollegen erbracht haben. Gleichzeitig wird der 'Fall' nur dem Arzt zugerechnet, der im MVZ bzw. in der BAG den Erstkontakt zum Patienten hatte.

Die durch diese Zusammenhänge prinzipiell vorhandene, und bei Kooperationen kulmulierende Unschärfe bei der Messung der Versorgungsleistung über Fallzahlen und Kalkulationszeiten ist bei der Formulierung von Rechtsfolgen für den Fall unterdurchschnittlicher Ergebnisse von einzelnen Ärzten dringlich zu berücksichtigen.

Angestellte Ärzte: Gesellschafteranteile am MVZ

Mit Bezug auf Bundestagsdrucksache 19/6337, dort:

Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe e - cc)

(§ 95 Absatz 6 SGB V)

Mit dem GKV-VSG wurde geregelt, dass die Gründereigenschaft auch für Ärzte erhalten bleibt, die ihren Vertragsarztsitz in ein MVZ zum Zwecke dessen Gründung oder Erweiterung einbringen und sich anschließend dort als angestellte Ärzte betätigen. Dadurch ist es den sogenannten 'Gründerärzten' sinnvollerweise möglich, gleichzeitig Gesellschafter und Angestellter ihres eigenen MVZ zu sein.

Der vorliegende Entwurf erweitert diese Ausnahme um diejenigen angestellten Ärzte, die der zuvor genannten Arztgruppe im MVZ nachfolgt. Diese Regelung wird der Zielrichtung nach unterstützt, ist jedoch im aktuellen Wortlaut nicht zielführend.

Hauptkritikpunkt ist die Begrenzung dieser erweiterten Ausnahme ausschließlich auf diejenigen Ärzte, *'die Gesellschafteranteile der Ärzte nach Satz 4 übernehmen.'* Dies heißt, dass nachgerade nicht allen angestellten Ärzten die Möglichkeit offen stehen soll, gesellschaftsrechtliche Verantwortung für das MVZ, in dem sie beschäftigt sind, zu übernehmen – sondern ausschließlich der Untergruppe der angestellten Ärzte, die in Vertragsarzt-MVZ tätig sind, die durch Selbstverzicht der Gründerärzte auf ihre vormalige persönliche Zulassung entstanden sind.

In der Konsequenz bestünde hier zum einen eine Dauerausnahme der angestellten Ärzte in Vertragsarzt-MVZ gegenüber allen anderen angestellten Ärzten, die sachlich nicht nachvollzogen werden kann. Zum zweiten ergibt sich die Frage, wie mit MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft diesbezüglich umgegangen wird, die durch Übernahme von ausgeschriebenen oder freien Sitzen gebildet, bzw. erweitert wurden. Schließlich ist es auch für Vertragsärzte zulässig und gelebte Praxis, mehr als ein MVZ zu gründen.

Nimmt man die vorgeschlagene Regelung wörtlich, wäre zudem auch der Fall ungeklärt, dass ein Vertragsarzt-MVZ, bei dem der Gründer nicht im Angestelltenstatus, sondern bis zuletzt als Vertragsarzt die Gesellschaft betreibt, das MVZ einem angestellten Arzt übergeben möchte. Denn die Bedingung des *'Arztes nach Satz 4'* wäre – trotz rundum gleicher Umstände – nicht erfüllt.

Begrüßenswerter Regelungszweck ist zwar die Vermeidung von absehbaren Übergabeproblemen bei MVZ, die gegenwärtig von Vertragsärzten betrieben werden. Gleichzeitig ist insgesamt jedoch nicht nachvollziehbar, weshalb die vorgesehene Trägereigenschaft (*eingeschränkt auf die MVZ-Gesellschaft des Arbeitgebers und nur solange das Arbeitsverhältnis besteht*) nicht grundsätzlich allen angestellten Ärzten gewährt werden soll.

Hier verweisen wir auf unseren bereits bekannten Regelungsvorschlag, der durch Vereinfachung der bestehenden Formulierung Transparenz schafft, statt über weitere auslegungsbedürftige Ergänzungen, das Zulassungsrecht zu komplizieren.

Mit einer solchen Änderung würden *alle* im ambulanten Bereich angestellte tätigen Ärzte einen bedingten, also sich nur auf die jeweils aktuell anstellende MVZ-Gesellschaft bezogenen Gründerstatus erhalten. Dieser würde sich von der originären Gründereigenschaft der Vertragsärzte gemäß § 95 Absatz 1a SGB V insoweit unterscheiden, als dass er zeitlich und räumlich stets auf eine konkrete MVZ-Gesellschaft beschränkt wäre und bliebe.

Es würde also für die angestellten Ärzte eine abhängige, bzw. sachlich beschränkte Trägereigenschaft begründet, die gegebenenfalls z.B. auch an die Bedingung einer mindestens halbtags ausgeübten Versorgungstätigkeit geknüpft werden könnte. Trotz dieser alle angestellte Ärzte umfassenden Ausnahme würde die berufs- und zulassungsrechtliche Statusverschiedenheit von angestellten und Vertragsärzten vollständig gewahrt.

Im Ergebnis könnten angestellte Ärzte dank einer solchen Änderung z. B. von ihren Arbeitgebern auch schrittweise an die Unternehmensverantwortung herangeführt werden, indem etwa Gesellschaftsanteile nach und nach übertragen werden.

Hierfür wäre es ergänzend wichtig, den Wortlaut der Begründung ebenfalls anzupassen, um späteren Missverständnissen vorzubeugen. Soweit dort formuliert ist, dass es darum gehe, 'zu verhindern, dass nach dem Ausscheiden aller originären Gründer die Zulassung entzogen wird', ist klarzustellen, dass hiermit nicht die Bedingung aufgestellt werden soll, dass die vorgesehene Ausnahmetatbestand nur zum Tragen kommt, wenn und nachdem alle Gründerärzte ausgeschieden sind. Vielmehr ist es wesentlich, eindeutig zu regeln, dass die Trägereigenschaft angestellter Ärzte grundsätzlich gegeben ist.

Zu diesem Zweck schlagen wir die folgende Änderung vor:

§ 95 SGB V – Ist	§ 95 SGB V – TSVG Kabinettsvorlage <i>rot = Änderungen gegenüber IST</i>	§ 95 SGB V – Vorschlag BMVZ <i>Blau = Änderungen gegenüber Kabinettsentwurf</i>
<p>6) ¹Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. ²Der Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen statt einer vollständigen auch eine hälftige Entziehung der Zulassung beschließen. ³Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1 Satz 4 und 5 oder des Absatzes 1a Satz 1 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegt. ⁴Die Gründereigenschaft nach Absatz 1a Satz 1 bleibt auch für die angestellten Ärzte bestehen, die auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum verzichtet haben, solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind und Gesellschafter des medizinischen Versorgungszentrums sind.</p> <p>(...)</p>	<p>6) ¹Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. ²Der Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen statt einer vollständigen auch eine hälftige Entziehung der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung beschließen. ³Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1 Satz 4 und 5 oder des Absatzes 1a Satz 1 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegt. ⁴Die Gründereigenschaft nach Absatz 1a Satz 1 bleibt auch für die angestellten Ärzte bestehen, die auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum verzichtet haben, solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind und Gesellschafter des medizinischen Versorgungszentrums sind; bei einem anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3 bleibt die Gründereigenschaft auch bei späterer Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung in dem Gebiet, in dem es gegründet wurde, bestehen. Die Gründungsvoraussetzung nach Absatz 1a Satz 1 liegt weiterhin vor, sofern angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile der Ärzte nach Satz 4 übernehmen und solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind. (...)</p>	<p>6) ¹Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. ²Der Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen statt einer vollständigen auch eine hälftige Entziehung, die Entziehung der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung beschließen. ³Einem medizinischem Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1 Satz 4 und 5 oder des Absatzes 1a Satz 1 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegt. ⁴Die Gründereigenschaft nach Absatz 1a Satz 1 bleibt haben auch für die angestellten Ärzte bestehen, die auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum verzichtet haben, solange sie in einem dem medizinischen Versorgungszentrum der Gesellschaft nach Absatz 1a Satz 1 Halbsatz 2 tätig sind und Gesellschafter der Gesellschaft nach Absatz 1a Satz 1 Halbsatz 2 des medizinischen Versorgungszentrums sind; bei einem anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3 bleibt die Gründereigenschaft auch bei späterer Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung in dem Gebiet, in dem es gegründet wurde, bestehen. Die Gründungsvoraussetzung nach Absatz 1a Satz 1 liegt weiterhin vor, sofern angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile der Ärzte nach Satz 4 übernehmen und solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind. (...)</p>

Bedarfsplanung: Rolle der obersten Landesbehörden

Mit Bezug auf Bundestagsdrucksache 19/6337, dort:

Artikel 1 Nummer 53 + 55 b)

(§§ 96 Absatz 2 + 103 Absatz 2 SGB V)

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Es muss jedoch dafür Sorge getragen werden, dass, wenn gegebenenfalls von den Landesbehörden zusätzliche Sitze begehrt werden, diese auch extrabudgetär vergütet werden, damit die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung nicht durch Zulassungen, die auf Grund von Entscheidungen der Länder zusätzlich geschaffen werden, weiter reduziert wird.

Desweiteren ist es konsequenterweise nicht ausreichend, diese zusätzlichen Sitze nur innerhalb des Bedarfsplans auszuweisen. Vielmehr müssen die KVen verpflichtet werden, diese Sitze auszuschreiben. Innerhalb des Zulassungsverfahrens muss ferner gewährleistet sein, dass die Zulassungsgremien hinsichtlich der Bedarfsnotwendigkeit keinen Beurteilungsspielraum haben, sondern verpflichtet sind, diese Entscheidung als gebundene Entscheidung umzusetzen.

MVZ: Spezifisches Auswahlkriterium

Mit Bezug auf Bundestagsdrucksache 19/6337, dort:

Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe d – bb + cc)

(§ 103 Absatz 4 SGB V)

Der Vorschlag, wonach das Kann-Kriterium zur Berücksichtigung des besonderen Versorgungsangebotes von MVZ bei der Auswahlentscheidung im Nachbesetzungsverfahren in ein Soll-Kriterium überführt und dieses auf BAGs erstreckt werden soll, wird vorbehaltlos begrüßt. Damit wird eine Gleichstellung dieses Abwägungsgrundes gegenüber den acht weiteren, rein personenbezogenen Kriterien nachvollzogen, die objektiv angemessen und daher geboten ist.

Etwaigen Befürchtungen, dadurch würde ein Ungleichgewicht zugunsten von MVZ, bzw. BAG erzeugt, sind unbegründet, da die Verpflichtung zur Prüfung keinerlei Präjudiz für das Ergebnis selbiger und damit letztlich auch nicht für die Auswahl des geeignetsten Bewerbers darstellt.

Jedoch möchten wir an dieser Stelle unser Bedauern ausdrücken, dass in Sinnzusammenhang mit dieser Änderung nicht auch der mit dem GKV-VStG zum 1.1.2012 eingeführte Nachrang Medizinischer Versorgungszentren, bei denen die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten, die in dem nämlichen MVZ selbst als Vertragsärzte tätig sind, liegt, nicht nur nicht aufgehoben, sondern implizit auch auf die neu zulässigen MVZ in Trägerschaft von Ärztenetzen erstreckt werden soll.⁶

⁶Vgl. § 103 Absatz 4c SGB V

Dies stellt eine Ungleichbehandlung zwischen betroffenen MVZ und Vertragsärzten dar, der es an einer sachlichen Begründung mangelt und die damit unzulässig ist.

Inzwischen mehrfach erlebte Folge der Höhergewichtung ärztlicher Standesinteressen in Form des mit dem GKV-VStG eingeführten Vorranges für Vertragsärzte ist, dass in Fällen, in den ein nicht vertragsärztlich geführtes MVZ vom Zulassungsausschuss objektiv als geeignetster Versorger ausgewählt wurde, dieses ungeachtet seiner Eignung gerade nicht die Zulassung erhält, sondern dass stattdessen Ärzte, die in der Versorgungsperspektive mit einer Eignung im zweiten, dritten oder vierten Rang eingestuft wurden, den Vorzug erhalten.

Das halten wir für hochproblematisch. Geht man davon aus, dass die Auswahlentscheidung dem übergeordneten Ziel der Sicherstellung der bestmöglichen Versorgung im Sinne der Patientenbedürfnisse dient, erscheint es ausgesprochen fragwürdig, gesetzlich zu verankern, dass nachgerade nicht der dafür beste Bewerber die Zulassung erhält, weil er ein Kriterium *nicht* erfüllt, das mit dem Entscheidungsziel, den für die Versorgung am Geeignesten zu finden, allenfalls sehr mittelbar in Zusammenhang steht.

Angestellte Ärzte: Planungsbereichsübergreifende Zweigstelle

Mit Bezug auf Bundestagsdrucksache 19/6337, dort:

Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe e - aa)

Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe f - aa)

(§ 103 Absätze 4a und 4b SGB V)

Die Klarstellung wird begrüßt, da sie den Zulassungsgremien unmissverständlich aufgibt, auch Anträgen auf planungsbereichsübergreifenden MVZ-Filialen stattzugeben.

Diese Regelung zielt bekanntermaßen auf den Verzicht zugunsten der Anstellung ab. Dennoch sollte auch in § 24 Absatz 3 Ärzte-ZV die Regelung bezüglich der Zweigpraxis in der Konstellation des § 103 Absatz 4a Satz 2 SGB V entsprechend angepasst werden. Denn nach aktueller Spruchpraxis wird aufgrund sprachlicher Unzulänglichkeiten der Formulierung in der ZV-Ärzte die Frage, ob die nahtlose Fortsetzung der bisherigen Vertragsarztstätigkeit am bisherigen Ort in Form einer Zweigstelle des MVZ die Genehmigkeitsbeiträge Q1/2016 - Nr. 103 Absätze 4a und 4b SGB V erfüllt, häufig negiert. Dies läuft der besonderen Regelungsabsicht der geplanten SGB V-Änderung zuwider.

"Absatz 4 gilt mit der Maßgabe, dass bei der Auswahl des Praxisnachfolgers ein medizinisches Versorgungszentrum, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, die in dem medizinischen Versorgungszentrum als Vertragsärzte tätig sind, gegenüber den übrigen Bewerbern nachrangig zu berücksichtigen ist. Dieser Nachrang gilt nicht für ein medizinisches Versorgungszentrum, das am 31. Dezember 2011 zugelassen war und bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte bereits zu diesem Zeitpunkt nicht bei den dort tätigen Vertragsärzten lag."

Dies gilt insbesondere dann, wenn die Zulassungsgremien der Auffassung sind, dass bei einer Nachbesetzung der der Zweigpraxis zugeordneten Arztstelle eine erneute Prüfung des Versorgungsbeitrags im Sinne des § 24 Absatz 3 Ärzte-ZV erforderlich sein sollte. Dies gilt es zu verhindern, weil ansonsten die Neueinführung des Satzes 2 in § 103 Absätze 4a) sowie 4b) auf Dauer ins Leere laufen würde.

Nachbesetzung einer Anstellungsgenehmigung: Prüfvorbehalt

Mit Bezug auf Bundestagsdrucksache 19/6337, dort:

Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe e - bb) + f - bb)

(§ 103 Absätze 4a und 4b SGB V)

Als Neuregelung für alle ärztlichen Angestelltenstellen – gleich ob Arbeitgeber ein MVZ, ein Arzt oder eine BAG ist - ist geplant, den bis dato bestehenden Anspruch auf Nachbesetzung angestellter Ärzte unter einen zusätzlichen Vorbehalt der Prüfung der Versorgungsnotwendigkeit zu stellen. In Anlehnung an die Prüfvorschrift beim Inhaberwechsel gemäß § 103 Absatz 3a SGB V wird damit den Zulassungsgremien aufgegeben, einen Arztwechsel künftig abzulehnen, wenn Versorgungsgründe nicht bestehen.

Die Änderung wird vom BMVZ abgelehnt, da sie aus den nachfolgend angeführten Gründen die Versorgungskontinuität bei Angestelltenstellen ohne Mehrwert für die Patientenversorgung bei gleichzeitig massiver Erhöhung der zulassungsrechtlichen Bürokratie gefährdet. Insgesamt beruht diese 'Rechtsangleichung' zwischen niedergelassenen und angestellten Ärzten zudem auf einer grundsätzlich fehlerhaften Analogie.

Mit entsprechend gutem Grund hat daher der Gesetzgeber 2003⁷ und 2006⁸ das Recht zur bedarfsplanungsneutralen Nachbesetzung von Arztstellen in die §§ 103 Absätze 4a und 4b SGB V aufgenommen. Das Bundessozialgericht führte hierzu am 4.5.2016 bestätigend aus,⁹ dass "*die spezifische Situation, dass jeder neu ... eintretende Arzt sich ... einfügen und ... eingliedern lassen muss, [es] rechtfertigt ..., dem MVZ [der Praxis] die alleinige Auswahlbefugnis zu geben.*" Was, so das BSG weiter, im Zusammenhang mit dem Ziel, das "Ausbluten" eines MVZ zu verhindern, stehe.

Damit gemeint ist, dass Anstellungswechsel sehr häufig vom scheidenden Arbeitnehmer initiiert werden, während alle wirtschaftlichen Risiken auf der Seite des Arbeitgebers liegen. Insofern greift die geplante Neuregelung aufgrund der zulassungsrechtlichen Zusammenhänge auch spürbar in das Arbeitgeber-Arbeitnehmerverhältnis ein. Gleichzeitig erfolgen bloße Arztwechsel grundsätzlich bedarfsplanungsneutral. Dementgegen sind Inhaberwechsel zeitlich und hinsichtlich der Umstände vom Betroffenen selbstbestimmte Prozesse und entsprechend durch den Inhaberarzt trotz oder gerade wegen der hier bestehenden Bedarfsplanungsrelevanz gut steuerbar.

⁷ BT-Drucks 15/1525, S. 112

⁸ BT-Drucks. 16/2474, Seite 25

⁹ B 6 KA 28/15 – Randnummer 15

Die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes und die Nachbesetzung einer Arztstelle unterscheiden sich somit - trotz der Begriffsdupplung - hinsichtlich ihrer Rechtszusammenhänge und -folgen deutlich, so dass die geplante Rechtsangleichung nachgerade nicht durch Anwendung derselben Regel erreicht werden kann.

Gleichzeitig ist dem Eindruck entgegenzutreten, dass Arztstellen – anders etwa als Sitze der niedergelassenen Ärzte – nicht geprüft, bzw. dass hier ein zulassungsrechtlicher Freifahrtschein vorliegen würde. Die Anstellung eines Arztes ist ebenso wie die Nachbesetzung einer solchen Stelle schon immer ein genehmigungspflichtiger Akt, der vom Zulassungsausschuss zu bescheiden ist und nur innerhalb der Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie erfolgen kann. Arztsitze und Arztstellen unterliegen in dieser Hinsicht denselben zulassungsrechtlichen Regularien. Dies gilt auch für jede bedarfsplanungsrelevante Änderung bei der Besetzung solcher Arztstellen.

Eine Prüfung der Versorgungsnotwendigkeit findet somit grundsätzlich nach geltendem Recht bei jeder bedarfsplanungsrelevanten Sitzverlegung in ein MVZ (ebenso bei den BAGs) statt. Gleichzeitig unterliegen auch alle Angestelltenstellen der Prüfvorschrift nach § 96 Absatz 3 SGB V, wonach die KVen bei jedem Arzt jährlich die Einhaltung der Sprechstundenverpflichtung kontrollieren – was unmittelbare und kontinuierliche Rückschlüsse auf die Versorgungsrelevanz eines jeden Sitzes erlaubt.

Es wäre damit ein Irrtum anzunehmen, dass Angestelltensitze der zulassungs- bzw. bedarfsplanungsrechtlichen Kontrolle entzogen sind. Vielmehr würde mit der angedachten Regelung eine zusätzliche, dritte Prüfebene eingezogen, deren Mehrwert wir grundsätzlich in Frage stellen. Dies gerade auch aus der Perspektive der Patienten, da das geplante zusätzliche Verfahren zwangsläufig Diskontinuitäten der Versorgung verursacht.

Denn praktisch löst die Kündigung eines Arztes künftig nicht mehr die möglichst schnelle Nachbesetzung der Stelle durch den Träger aus, sondern verlangt einen Antrag des Trägers an den Zulassungsausschuss, ob er die Stelle denn nachbesetzen dürfe. Für die Antwort hat der Zulassungsausschuss drei Monate Zeit, in denen der Träger – wie auch die Patienten - quasi im Ungewissen bleiben, ob die Versorgung am Standort weiter gesichert werden darf. Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Patienten werden dadurch bei jedem Arztwechsel gleichmaßen vor durch sie weder lös- noch beeinflussbare Versorgungsfragen gestellt.

Dies, obwohl in der Konzeption des Gesetzgebers MVZ als langfristig organisierte Einheiten konzipiert sind, die mittels Anstellung von Ärzten gerade die personenunabhängige Kontinuität der Versorgung gewährleisten. Diesem Konzept immanent ist, dass Personalwechsel 1) grundsätzlich und 2) deutlich häufiger stattfinden als die Praxisaufgabe eines selbständig niedergelassenen Arztes.

Im Ergebnis der Änderung würde diesem Konzept entgegen für den Teil der vertragsärztlichen Zulassungen, die als sogenannte Arztstelle genehmigt sind (aktuell etwa jede vierte), ein äußerst kurzer Prüfturnus eingeführt, dessen Häufigkeit variiert und sich im Einzelfall nach der Länge des Anstellungsverhältnisses richtet.

Konsequenterweise wären Angestelltenstellen unverhältnismäßig oft – in jedem Fall in ungleich höherer Häufigkeit als ihr vertragsärztliches Pendant davon betroffen, zum Abbau der Überversorgung eingezogen zu werden. Da zugleich für den Einzug einer Arztstelle bei negativem Ergebnis der Prüfung auf Versorgungsnotwendigkeit – anders als bei der Sitznachbesetzung - keinerlei Entschädigung vorgesehen ist, ist grundsätzlich auch die Grundrechtskonformität (Artikel 14 GG) der geplanten Regelung anzuzweifeln.

In der praktischen Umsetzung käme es zudem zu einer Vielzahl an Problemen, von denen das erste ist, dass keine objektiven Kriterien zur Frage, wann eine Stelle versorgungsnotwendig sei, vorgesehen sind. Und dass folglich der vorhandene Ermessensspielraum zu einem Flickenteppich an Entscheidungen der regionalen Zulassungsausschüsse und entsprechenden rechtlichen Auseinandersetzungen führen würde. Die geplante Regelung entbehrt damit für den Sitzinhaber jeder Berechenbarkeit, die wesentliche Grundlage der strategischen Praxisplanung (nicht nur bei MVZ) ist. Grundsätzlich ist zudem unklar, wie arbeitgebende MVZ und Praxen erfolgreich Nachfolger für die Arztstelle finden sollen, wenn über Monate offen ist, ob die freie Stelle überhaupt nachbesetzt werden kann/darf.

Im Weiteren gilt, dass mit der hohen Zahl an Prüfungen die Zulassungsausschüsse bei den KVen mit enormer zusätzlicher Bürokratie belastet werden, und dass gleichzeitig durch die immanente Verlängerung des Genehmigungsverfahrens die Kontinuität der Patientenversorgung gefährdet ist. Betroffen sind sehr große Teile der Republik und insbesondere auch viele kleinstädtische Planungsbereiche im ländlichen Raum, da aufgrund des Geburtsfehlers von 1993 die Bedarfsplanungszahlen bekanntermaßen häufig auch dann eine rechnerische Überversorgung ausweisen, wenn objektiv zu wenig Ärzte in der Region tätig sind.

In der Folge wären auch langfristige Investitionen z.B. für technische Großgeräte nur noch schwer realisierbar, da in Kombination der Unsicherheiten aus möglicher Kündigung angestellter Ärzte und der Frage, ob die dann notwendige Nachbesetzung genehmigt würde, die geforderte Investitionssicherheit bei einer Abschreibung von - bei diesen Beträgen - bis zu zehn Jahren gegenüber keiner Bank darstellbar ist.

Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu betrachten, dass gleichzeitig nicht vorgesehen ist, konkrete Kriterien, woran die Zulassungsausschüsse die Bedarfsnotwendigkeit messen sollen, vorzugeben. Die Bezugnahme auf die Regelungen zur Bedarfsprüfung nach § 103 Absatz 3a SGB V legt nahe, dass die Ausschüsse sich an den dort hinterlegten Kriterien orientieren könnten. In der Begründung von 2015 heißt es dort zwar:

Versorgungsgründe für eine Nachbesetzung können beispielsweise dann anzunehmen sein, wenn ein besonderer lokaler oder qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf besteht oder ein Arztsitz einer speziellen Fachrichtung weiterhin benötigt wird. Weitere Versorgungsgründe sind denkbar. Dabei können auch Mitversorgungsaspekte, Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung oder der Erhalt des besonderen Versorgungsangebotes eines Medizinischen Versorgungszentrums oder einer Berufsausübungsgemeinschaft eine Rolle spielen.

Eine rechtliche Verpflichtung, z.B. das letztgenannte besondere Versorgungsangebot des MVZ oder BAG zu berücksichtigen, besteht jedoch nicht. Im Ergebnis stellte jeder Arztwechsel für den Praxis-Betrieb – verstärkt durch den fehlenden Kriterienkatalogs - ein vom Träger kaum zu kalkulierendes Risiko dar. Dadurch würde eine Situation

geschaffen, die – wie bereits beschrieben u. A. auch auf sachfremde Art und Weise in das Arbeitnehmer-Arbeitgeber-Verhältnis eingreift.

Weiterhin ist zu bedenken, dass durch das Wegfallen einer einzelnen Arztstelle das gesamte Versorgungskonzept, das ein MVZ verfolgt, zerschlagen werden, sowie dass bei sehr kleinen MVZ durch die Verweigerung der Nachbesetzung der zweiten Stelle die Zulässigkeit der ganzen Einrichtung betroffen sein kann. Zu Ende gedacht eröffnet diese Regelung letztlich die Möglichkeit, aufgrund der Unvorhersehbarkeit der Auslegung durch die Zulassungsausschüsse unter entsprechenden Umständen die Existenz von MVZ im Allgemeinen sowie einzelner Einrichtungen zu unterminieren.

In jedem Fall wäre garantiert, dass es über einen erheblichen Zeitraum hinweg zu einem bunten Teppich an Ermessensentscheidungen käme - mit den entsprechenden Folgen für die weiteren Rechtsinstanzen, die regulativ Leitplanken entwickeln müssten, sollte diese Regelung wie geplant umgesetzt und den Zulassungsausschüssen nicht gleichzeitig objektive Entscheidungsparameter vorgegeben werden.

Soweit sich in den letzten drei Jahren bei der hier Pate stehenden Bedarfsprüfung im Vorfeld einer Sitzausschreibung herauskristallisiert hat, dass die Zulassungsausschüsse die Versorgungsnotwendigkeit regelhaft immer dann als gegeben ansehen, wenn ein Arzt in den Vorquartalen die für seine Fachgruppe durchschnittliche Fallzahl erreicht hat, ist anzumerken, dass diese Prüfung ohnehin über die Verpflichtung der KVen gemäß § 95 Absatz 3 SGB V regelhaft stattfindet.

Ist es hier doch genau der Regelungszweck, über Prüfung der Einhaltung des Versorgungsumfangs, all diejenigen Ärzte und Praxen zu identifizieren, die – gemessen an Fallzahlen und Kalkulationszeiten – statistisch den Fachgruppendurchschnitt nicht erreichen. Hier wäre die vorgesehene zusätzliche Bedarfsprüfung bei Anstellungsverwechsel eine unnötige Redundanz, die die Zulassungsausschüsse mit zusätzlicher Arbeit belastet – gleichzeitig aber keinen Mehrwert schafft.

Auch aus diesem Grund ist der Regelungsvorschlag abzulehnen.

Ungeachtet dieser prinzipiellen Ablehnung möchten wir auf die fehlende Verweisung auf § 103 Absatz 3a Sätze 13 bis 14 SGB V hinweisen. Ohne eine solche Bezugnahme auf adäquate Entschädigungsregelungen läge letztlich für den Träger des MVZ eine enteignende Maßnahme vor. Dies halten wir für mit den verfassungsrechtlichen Grundsätzen hinsichtlich des Schutzes von Investitionen und Eigentum nicht vereinbar. Im Weiteren ist auch zu kritisieren, dass keine Bestandsschutzregelung vorgesehen ist. Und dass – würde man der zugrundeliegenden Analogie zum Verfahren nach § 103 Absatz 3a SGB V folgen – die entsprechende Regelung von Ausnahmetatbeständen völlig fehlt.

Im Ergebnis ist der wenig zielführende Charakter dieser Regelung nochmals zu betonen und festzustellen, dass – anders als in der Begründung ausgeführt – das Maß der geplanten Beschränkung gerade nicht sachgerecht ist, sondern in durch das formulierte Ziel nicht gerechtfertigter Weise weitreichende Einschnitte in den Betrieb und die Planbarkeit von MVZ und BAG, bzw. Praxen mit angestellten Ärzten bedingt würden.

Gleichzeitig begrüßen wir die in § 95 Absatz 3 SGB V mit selbem Gesetzesentwurf vorgesehene Erhöhung der Verbindlichkeit und Vereinheitlichung der jährlich von den KVen vorzunehmenden Prüfungen hinsichtlich der Einhaltung des jeweiligen Versorgungsumfanges, die alle Vertragsärzte und angestellte Mediziner gleichermaßen trifft.

Bevor eine dazu – wie dargestellt - redundante dritte Prüfung für angestellte Mediziner eingeführt wird, plädieren wir dafür, diese ohnehin bestehenden Regelungen zunächst einmal wirken zu lassen. Zu Klarstellung des Geltungskreises schlagen wir die Anpassung wie nachstehend vor und verweisen bezüglich der besonderen Problematik der Erfassung kooperativer Leistungserbringung durch Fallzahl- und Prüfzeitenvergleiche auf unsere Anmerkungen zur Prüfung der Einhaltungen der Versorgungsverpflichtungen durch die KVen. (Seite 9f)

Daher schlagen wir die folgende Klarstellung in § 95 Absatz 3 SGB V bei gleichzeitigem beibehalt des aktuellen Regelungsstandes in § 103 Absätze 4a und 4b SGB V, vor:

§ 95 SGB V – Ist	§ 95 SGB V –TSVG Kabinettsvorlage <i>rot = Änderungen gegenüber IST</i>	§ 95 SGB V <i>Blau = Änderungen gegenüber Kabinettsentwurf</i>
(3) Die Zulassung bewirkt, daß der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich. Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu prüfen. Die Ergebnisse sind den Landes- und Zulassungsausschüssen mindestens jährlich zu übermitteln.	(3) Die Zulassung bewirkt, daß der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich. Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit dem Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz zu prüfen. Die Ergebnisse sind den Landes- und Zulassungsausschüssen mindestens jährlich zu übermitteln. Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen	(3) Die Zulassung bewirkt, daß der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich. Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung für alle angestellten und Vertragsärzte bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit dem Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz zu prüfen. Die Ergebnisse sind den Landes- und Zulassungsausschüssen mindestens jährlich zu übermitteln. Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen

übermitteln.	Maßnahmen sind den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln.	Maßnahmen sind den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln.
§ 103 Absatz 4a SGB V – Ist	§ 103 Abs. 4a SGB V – TSVG Kabinettsvorlage <i>rot</i> = Änderungen gegenüber IST	§ 103 Absatz 4a SGB V – <i>Blau</i> = Änderungen gegenüber Kabinettsentwurf
<p>4a) ¹Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen; eine Fortführung der Praxis nach Absatz 4 ist nicht möglich.</p> <p>²Nach einer Tätigkeit von mindestens fünf Jahren in einem medizinischen Versorgungszentrum, dessen Sitz in einem Planungsbereich liegt, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, erhält ein Arzt unbeschadet der Zulassungsbeschränkungen auf Antrag eine Zulassung in diesem Planungsbereich; dies gilt nicht für Ärzte, die auf Grund einer Nachbesetzung nach Satz 5 oder erst seit dem 1. Januar 2007 in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind.</p> <p>³Medizinischen Versorgungszentren ist die Nachbesetzung einer Arztstelle möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. ⁴§ 95 Absatz 9b gilt entsprechend.</p>	<p>4a) ¹Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen; eine Fortführung der Praxis nach Absatz 4 ist nicht möglich. <i>Bei der Prüfung, ob der Anstellung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen, ist die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des medizinischen Versorgungszentrums durch den Arzt zu berücksichtigen. Der Arzt kann in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden medizinischen Versorgungszentrums in einem anderen Planungsbereich liegt.</i></p> <p>²Nach einer Tätigkeit von mindestens fünf Jahren in einem medizinischen Versorgungszentrum, dessen Sitz in einem Planungsbereich liegt, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, erhält ein Arzt unbeschadet der Zulassungsbeschränkungen auf Antrag eine Zulassung in diesem Planungsbereich; dies gilt nicht für Ärzte, die auf Grund einer Nachbesetzung nach Satz 5 oder erst seit dem 1. Januar 2007 in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind. <i>³Medizinischen Versorgungszentren ist die Nachbesetzung einer Arztstelle möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Medizinische Versorgungszentren können auf Antrag eine Arztstelle nachbesetzen, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag auf Nachbesetzung der Arztstelle innerhalb von drei Monaten ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Gründen der vertragsärztlichen Versorgung nicht erforderlich ist. Dem Antrag ist stattzugeben, wenn mit der Nachbesetzung der Arztstelle Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8</i></p>	<p>4a) ¹Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen; eine Fortführung der Praxis nach Absatz 4 ist nicht möglich. <i>Bei der Prüfung, ob der Anstellung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen, ist die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des medizinischen Versorgungszentrums durch den Arzt zu berücksichtigen. Der Arzt kann in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden medizinischen Versorgungszentrums in einem anderen Planungsbereich liegt.</i></p> <p>²Nach einer Tätigkeit von mindestens fünf Jahren in einem medizinischen Versorgungszentrum, dessen Sitz in einem Planungsbereich liegt, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, erhält ein Arzt unbeschadet der Zulassungsbeschränkungen auf Antrag eine Zulassung in diesem Planungsbereich; dies gilt nicht für Ärzte, die auf Grund einer Nachbesetzung nach Satz 5 oder erst seit dem 1. Januar 2007 in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind. <i>³Medizinischen Versorgungszentren ist die Nachbesetzung einer Arztstelle möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Medizinische Versorgungszentren können auf Antrag eine Arztstelle nachbesetzen, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag auf Nachbesetzung der Arztstelle innerhalb von drei Monaten ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Gründen der vertragsärztlichen Versorgung nicht erforderlich ist. Dem Antrag ist stattzugeben, wenn mit der Nachbesetzung der Arztstelle Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8</i></p>

	befolgt werden. ⁴ § 95 Absatz 9b gilt entsprechend.	befolgt werden. ⁴ § 95 Absatz 9b gilt entsprechend.
§ 103 Absatz 4b SGB V – Ist	§ 103 Abs. 4b SGB V – TSVG Kabinettsvorlage <i>rot = Änderungen gegenüber IST</i>	§ 103 Absatz 4b SGB V – Blau = Änderungen gegenüber Kabinettsentwurf
<p>4b) ¹Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um bei einem Vertragsarzt als nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellter Arzt tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen; eine Fortführung der Praxis nach Absatz 4 ist nicht möglich.</p> <p>²Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung durch Tod, Verzicht oder Entziehung von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein Vertragsarzt den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in seiner Praxis weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. ³Die Nachbesetzung der Stelle eines nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Arztes ist möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. ⁴§ 95 Absatz 9b gilt entsprechend.</p>	<p>4b) ¹Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um bei einem Vertragsarzt als nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellter Arzt tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen; eine Fortführung der Praxis nach Absatz 4 ist nicht möglich. Bei der Prüfung, ob der Anstellung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen, ist die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des anstellenden Vertragsarztes durch den anzustellenden Arzt zu berücksichtigen. Im Fall des Satzes 1 kann der angestellte Arzt in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden Vertragsarztes in einem anderen Planungsbereich liegt.</p> <p>²Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung durch Tod, Verzicht oder Entziehung von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein Vertragsarzt den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in seiner Praxis weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Die Nachbesetzung der Stelle eines nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Arztes ist möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Vertragsärzte können auf Antrag die Stelle eines bei ihnen nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Arztes nachbesetzen, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag auf Nachbesetzung der Arztstelle innerhalb von drei Monaten ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Gründen der vertragsärztlichen Versorgung nicht erforderlich ist. Dem Antrag ist stattzugeben, wenn mit der Nachbesetzung der Arztstelle Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden. ⁴§ 95 Absatz 9b gilt entsprechend.</p>	<p>4b) ¹Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um bei einem Vertragsarzt als nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellter Arzt tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen; eine Fortführung der Praxis nach Absatz 4 ist nicht möglich. Bei der Prüfung, ob der Anstellung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen, ist die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des anstellenden Vertragsarztes durch den anzustellenden Arzt zu berücksichtigen. Im Fall des Satzes 1 kann der angestellte Arzt in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden Vertragsarztes in einem anderen Planungsbereich liegt.</p> <p>²Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung durch Tod, Verzicht oder Entziehung von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein Vertragsarzt den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in seiner Praxis weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Die Nachbesetzung der Stelle eines nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Arztes ist möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Vertragsärzte können auf Antrag die Stelle eines bei ihnen nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Arztes nachbesetzen, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag auf Nachbesetzung der Arztstelle innerhalb von drei Monaten ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Gründen der vertragsärztlichen Versorgung nicht erforderlich ist. Dem Antrag ist stattzugeben, wenn mit der Nachbesetzung der Arztstelle Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden. ⁴§ 95 Absatz 9b gilt entsprechend.</p>

Strukturfond: Finanzierungsziele

Mit Bezug auf Bundestagsdrucksache 19/6337, dort:

Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe b - cc)

(§ 105 Absatz 1a SGB V)

Sofern mit dieser Neuregelung Zuschläge für die Investitionskosten bei Neuniederlassung, bei Praxisübernahmen oder bei der Gründung von Zweigpraxen im Raum stehen, wird der Einbezug von MVZ in den Förderkatalog vermisst. Zwar ist dieser als nicht abschließend definiert. Dennoch halten wir, um Auslegungsmisverständnisse zu vermeiden, die Klarstellung, dass Neuniederlassungen und Zweigpraxis-Übernahmen von und durch MVZ genau wie die durch Vertragsärzte förderfähig sind, für sinnvoll.

Aus sprachlichen Gründen kann in diesem Zusammenhang auch nicht auf den geplanten Satz 3 Nr. 4 verwiesen, denn dort wird lediglich von lokalen Gesundheitszentren gesprochen, wobei nicht definiert wird, was der Gesetzgeber sich konkret unter dieser Formulierung gedacht hat.

Abgelehnt wird gleichzeitig die Förderung von Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 1b SGB V (*neu*), schließlich ist es originäre Aufgabe der KV durch geeignete Maßnahmen die Niederlassungswilligkeit der Ärzte zu fördern. Die Eigeneinrichtung nach § 105 Abs. 1b SGB V bedarf insoweit im Hinblick auf die Regelung in § 105 Abs. 1b Satz 4 SGB V keiner zusätzlichen Förderung.

Aus systematischen Gründen sollten zudem die Entschädigungen als eigene Ziffer 8 aufgeführt werden. Insoweit ist es sachgerecht, die Entschädigungszahlung nach § 103 Abs. 3a Satz 13 quasi vorab aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung heraus zu nehmen und dieses aus den Strukturfonds zu bezahlen.

Zu überlegen ist in diesem Zusammenhang auch, dass die weiteren untergesetzlichen Vorschriften für die Verteilung des Geldes innerhalb des Strukturfonds nicht als Satzungsvorschriften gefasst werden sollten, damit ein ausreichender Einfluss der Länder gewährleistet wird.

KV-Eigeneinrichtungen

Mit Bezug auf Bundestagsdrucksache 19/6337, dort:

Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c)

(§ 105 Absatz 1b (*neu*) SGB V)

Die geplante Erweiterung der Möglichkeiten für KVen zur Bildung von Eigeneinrichtungen ohne Bindung an etwaige besondere Versorgungsnotwendigkeiten wird abgelehnt. Damit würde es den KVen ermöglicht, sich zu einem nicht unerheblichen Umfang aus der Verantwortung als Behörde zurück zu ziehen und sich zum anderen gleichzeitig unmittelbar in der Versorgung verstärkt zu etablieren. Dies entspricht jedoch nicht der grundsätzlichen Aufgabenstellung der KV.

Die Verpflichtung zum Betrieb von Eigeneinrichtungen ist – diesem Gedanken entsprechend – auch auf Gebiete mit existierender Unterversorgung zu begrenzen, und sollte nicht bereits in Regionen mit nur drohender Unterversorgung Anwendung finden. Gleichzeitig sollten im Übrigen in Hinblick auf die Regelung in Absatz 4 Satz 1 Sicherstellungszuschläge im Verhältnis zur Gründung von KV-Eigeneinrichtungen Vorrang haben. Denn erst, wenn selbst Sicherstellungszuschläge nicht zu dem gewünschten Ergebnis der Niederlassung führen, ist tatsächlich die Erfordernis einer Eigeneinrichtung gegeben.

Die Gedanken in Absatz 1b Satz 2 bezüglich mobiler Praxen, Patientenbusse und ähnlichen Versorgungsangeboten sowie für die Durchführung von mobilen und digitalen Sprechstunden werden grundsätzlich befürwortet. Diese Gestaltungsoptionen jedoch nur auf die Eigeneinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zu beschränken, ist aus den oben angeführten Gründen sachwidrig. Diese weiteren innovativen Angebotsmodelle der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sollten für alle Beteiligten eröffnen, die ein entsprechendes Interesse haben und über ein patientenorientiertes Versorgungskonzept verfügen.

Daher wäre konsequenterweise diese weitergehenden Möglichkeiten auch in § 24 Ärzte-ZV in Zusammenhang mit den Zweigpraxen zu implementieren.

Ärzte: Detailvorgaben zum Sprechstundenangebot

Mit Bezug auf Bundestagsdrucksache 19/6337, dort:

Artikel 15 Nummer 3 Buchstaben a) + c) (§ 19a Absatz 1 ZV-Ärzte)

Die umfassenden Planungen, durch Änderung der ZV-Ärzte zum Einen die Zahl der Mindestsprechstunden von 20 auf 25 Wochenstunden je Vollzeitstelle anzuheben, und zum anderen für grundversorgende Fachgruppen konkrete Vorgaben zum Angebot von offenen Sprechstunden zu machen, werden als unnötiger Eingriff in die Praxisorganisation und mit Blick auf das erklärte Regelungsziel als wenig hilfreich abgelehnt.

Von dieser allgemeinen Ablehnung der Änderung abgesehen, möchten wir insbesondere in Zusammenhang mit der schnell und stetig steigenden Zahl der im Angestelltenstatus tätigen Ärzten darauf hinweisen, dass die verbindliche Änderung der Mindestsprechstundenzeit gegebenenfalls auch erhebliche Auswirkungen auf die bestehenden Arbeitsverträge haben wird. Nicht auszuschließen ist etwa, dass es im Einzelfall zu Kollisionen mit den Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes käme, da bekanntermaßen jeder Arzt neben der Sprechstundenverpflichtung auch viele weitere Tätigkeiten zu übernehmen hat. Im Weiteren sind auch die Auswirkungen auf Ärzte mit mehreren, zeitlich aufeinander abgestimmten Arbeitsverträgen – z.B. Krankenhaus und MVZ - zu bedenken.

Ohnehin – und das gilt auch für jeden Vertragsarzt – scheint dieser gesetzgeberischen Vorgabe ein Missverständnis hinsichtlich des breiten, vertragsärztlichen Pflichtenspek-

trums zugrunde zu liegen. Über die reine Sprechstundenzeit hinaus ist der ärztliche Alltag ja auch mit Bereitschaftsdiensten, Dokumentationspflichten, Abrechnungsnotwendigkeiten, Heim- und Hausbesuchen, etc. gut gefüllt. Erwiesenermaßen werden im Schnitt bereits jetzt 52 Sprechstunden jede Woche von den Ärzten für GKV-Patienten erbracht. Das dabei der Anteil des direkten Sprechstundenangebots nur zwei Fünftel der Zeit ausmacht, liegt nicht am Unwillen der Ärzte, mehr zu leisten, sondern schlichtweg an der Größe ihres Pflichtenkreises.

Im Weiteren möchten wir darauf hinweisen, dass die Veränderung der Sprechstundenvorgaben – würde sie wie angekündigt umgesetzt – auch erhebliche Folgeänderungen in der Bedarfsplanungsrichtlinie und Plausibilitätsprüfung auslösen würde, bzw. müsste. Soweit in der Neufassung des § 24 Absatz 1a ZV-Ärzte ausgeführt wird, dass Ärzte mit halben Versorgungsumfang 12,5 Sprechstunden je Woche anbieten müssen, ist eine vergleichbare Regelung auch für Viertelärzte zu treffen.

Gleichzeitig wären die Vorgaben zu den Quartalsprüfsummen, die Grundlage der Plausibilitätsprüfung sind, anzupassen. Zwar sind diese aktuell bei 780 h Quartalsprüfsumme auf 13 Wochen mit jeweils 60 Wochenstunden kalkuliert. Vor der Fehlannahme, dass deswegen eine Anpassung für den Fall der Erhöhung der Mindestsprechstundenzahl nicht nötig wäre, ist jedoch zu warnen.

Hintergrund der 780-Stunden-Prüfsumme ist die als fiktive rechnerische Größe vereinbarte Grundhypothese, dass ein Vertragsarzt je Quartal 13 Wochen zu jeweils 60 Stunden in seiner Praxis tätig sei – wobei Tätigkeiten zu Lasten der PKV, Igelleistungen, Notdienste und Besuche zur Unzeit sowie eine Vielzahl anderer Leistungen ohne Zeitbewertung von dieser 60-Stundenannahme nicht erfasst werden. Diese Zeiten kämen je Arzt und Woche on Top.

Bei der Prüfsumme geht es daher allein um die Abrechnung der im EBM mit Prüfzeiten hinterlegten Leistungsziffern, die in den durchschnittlich 28,5 Sprechstunden (Praxisöffnungszeit), die jeder Arzt statistisch je Woche anbietet,¹⁰ erbracht werden.

Es ist daher herauszustreichen, dass die zugrunde gelegte 60-Stundenwoche der Ärzte eine bloße fiktionale Rechengröße darstellt, die keineswegs mit der realen Aussage, dass jeder Arzt jede Woche 60 Stunden arbeiten würde, gleichgesetzt werden darf - auch wenn dies nahe zu liegen scheint.

Vielmehr ist der Bewertungsausschuss bei seiner Kalkulation von einer durchschnittlichen Gesamtarbeitszeit niedergelassener Ärzte von 585 tatsächlich geleisteten Stunden je Arzt und Quartal ausgegangen. Dies entspricht bei 13 Wochen gerade nicht 60, sondern 48½ Wochenarbeitsstunden. Im Ergebnis wurde unter statistischer Bereinigung um durch Urlaub, Fortbildung und Krankheit bedingte Abwesenheitszeiten vom Bewertungsausschuss bei rund 57 Arbeitstagen im Quartal die Bruttoarbeitszeit eines Arztes mit 51 Wochenstunden kalkuliert.¹¹

¹⁰ Datenquelle: GKV-Spitzenverband "Sprechstunden niedergelassener Ärzte" – Faktenblatt auf Basis einer Forsa-Umfrage unter 1.400 Ärzten – Pressemitteilung vom 21.3.2011

¹¹ Vgl.: "Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM 2000plus im Auftrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen - Abschlussbericht nach Abstimmung in der ZI/WIdO-Arbeitsgruppe am 6.12.2006 - (Version vom 11.12.2006)": Seite 88

Mit Dringlichkeit möchten wir daher die Aufmerksamkeit auf die notwendigen Folgeänderungen sowie auf die besonderen Problematiken, die für angestellte Ärzte und ihre Arbeitgeber entstünden lenken, sollte das Änderungsvorhaben umgesetzt werden.

Angesichts dieser weitreichenden Zusammenhänge und vor dem Hintergrund, dass bei einem Sprechstundenangebot, das bereits seit Jahren im Schnitt je Arzt weit über den nun geforderten 25 Wochenstunden liegt, die eigentliche Zielgruppe der Regelung recht klein sein dürfte, halten wir die geplante Änderung im Gesamten für nicht für angemessen und lehnen sie insbesondere auch wegen des negativen Aufwand-Nutzen-Verhältnisses vollständig ab.

Im besonderen Maße gilt dies auch für das Vorhaben, den grundversorgenden Fächern, die Verpflichtung zum Angebot von fünf termin-ungebundenen Sprechstunden vorzuschreiben. Diesen zusätzliche Eingriff in die individuelle Praxisorganisation der Ärzte, BAG und MVZ halten wir in keinsten Weise für gerechtfertigt, da letztlich dem angeführten Ziel der schnelleren Terminvergabe für GKV-Patienten kaum gedient werden dürfte.

Soweit es daher Ziel ist, dass *'Ärzte künftig mehr Zeit für gesetzlich krankenversicherte Patienten aufbringen und Termine zügiger vergeben werden'* (vgl. Karin Maag – gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion nach Dt. Ärzteblatt v. 25.7.2018) halten wir es für wesentlich sinnvoller, die Ärzte von überbordender Bürokratie und patientenfernen Tätigkeiten zu entlasten, damit ein größer Teil ihrer Bruttoarbeitszeit netto am und für den Patienten geleistet werden kann. Diesem Gedanken entgegen gerichtet, entstünde durch die neue Notwendigkeit, die Einhaltung dieser Vorgaben insbesondere in Kombination mit der zusätzlichen Vorgabe für Grundversorger, mindestens fünf Stunden als offene Sprechstunde anzubieten, zu dokumentieren und nachzuweisen, zusätzlicher bürokratischer Aufwand.

Insoweit der Gesetzgeber durch die entsprechend angedachten Veränderungen (§ 95 Absatz 3 SGB V) darauf verweist, dass die bisher auch schon durch die KVen regelhaft vorzunehmende Prüfung der Einhaltung der Sprechstundenverpflichtung jeden Arztes *'recht uneinheitlich'* erfolgt und deshalb keine belastbare Aussage zu bisherigen Prüfungsergebnissen getroffen werden kann,¹² empfehlen wir aus naheliegenden Gründen, zunächst dieses Prüfinstrument zu schärfen und die Prüfergebnisse der nächsten zwei Jahre abzuwarten.

¹² Vgl. BT-Drucksache 19/2061

Weitere, im Gesetzentwurf nicht aufgegriffene Regelungsbedarfe

(1) Klarstellung zur Gebührenposition bezüglich des 'besonderen Verzeichnisses Angestellte Ärzte'

(§§ 32 b Absatz 4 + 46 Absatz 2 ZV-Ärzte)

Im Sinne der Schaffung einer größtmöglichen Klarheit und Transparenz von Gesetzen fordern wir den Gesetzgeber dazu auf, mit dem TSVG, die Zulassungsverordnung-Ärzte in den §§ 32b und 46 um historische und damit heute ihrer Grundlage entbehrende Regelungen durch ersatzlose Streichung zu bereinigen. Es handelt sich dabei um eine überfällige Anpassung des Rechtsrahmens an die seit Jahren gelebte Realität.

Vertragsärztlich tätig kann grundsätzlich nur derjenige Arzt werden, der im Arztregister eingetragen ist. Im Arztregister und der damit verbundenen Registerakte eines jeden Arztes sind folglich für alle Ärzte die Tätigkeitsorte sowie die LANR und weitere individuelle Angaben hinterlegt. Zu diesen weiteren Angaben gehört auch die Erfassung des Status (*niedergelassen, angestellt, ermächtigt*), in dem ein Arzt tätig ist.

Vor 25 Jahren war jedoch mit dem GKV-GSG zum 1.1.1993 durch Vorgabe in § 32 b Absatz 4 ZV-Ärzte ein '*besonderes Verzeichnis über angestellte Ärzte, das die KVen zu führen haben*' eingeführt worden. Hintergrund dieses besonderen Registers war die mit nämlichen Gesetz beschlossene Entfristung der wenigen noch bestehenden DDR-Polikliniken, denen es aus historischen Gründen als Ausnahme gestattet war, ambulante Ärzte regelhaft auch im Angestelltenstatus zu beschäftigen.

Diese Ausnahme wurde mit den Gesetzen der Jahre 2004 (GKV-GMG) und 2007 (GKV-VÄndG) für alle ambulanten Praxisstrukturen zum gleichberechtigten Regelfall. Angestellte und selbständige niedergelassene Ärzte sichern seitdem gemeinsam die vertragsärztliche Versorgung. Bekannte Folge ist die hohe Dynamik, mit der seitdem die Zahl der im Angestelltenstatus tätigen Ärzte wächst. Unzweifelhaft ist der 'angestellte Arzt' heute nicht mehr ein Sonder, sondern ein Normalfall der Versorgung.

Aus diesem nachvollziehbaren Grund hat sich auch die Erfassung der Ärzte im Arztregister an diese Gegebenheiten angepasst. Der berufsrechtliche Status der ärztlichen Tätigkeit eines jeden Arztes wird entsprechend dort registriert. Ein gesondertes Register für angestellte Ärzte wird – das haben unsere Recherchen gezeigt – faktisch nicht (mehr) geführt und ist auch nicht notwendig. Anfragen bei verschiedenen Registerstellen der KVen haben ergeben, dass die Datenerfassung in das Arztregister 'integriert wurde'.

Vor diesem Hintergrund ist die Zulassungsverordnung-Ärzte entsprechend zu bereinigen. Diese insbesondere auch in § 46 Absatz 2, da dort für die Eintragung in das vorgeblich gesonderte Register nach § 32 b ZV-Ärzte bei jedem zulassungsrechtlichen Akt 400 € (*Ersteintrag*), bzw. 200 € (*Änderungseintrag*) als Verwaltungsgebühr erhoben werden.

In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass für die Eintragung in das vom Rechtsgedanken her vergleichbare 'gesonderte Register der ermächtigten Ärzte', das von den Registerstellen gemäß § 31 Absatz 10 ZV-Ärzte zu führen ist, grundsätzlich keine gesonderte Gebühr erhoben wird.

Für Verwaltungsgebühren gilt zudem grundsätzlich, dass ihre Höhe angemessen zum Aufwand der zugrundeliegenden Leistung sein muss. Soweit diese im vorliegenden Fall darin besteht - wie eine der angefragten Registerstellen sich im Telefonat geäußert hat - dass im Arztregister das Wörtchen 'angestellt' hinzugesetzt wird, ist die geforderte Angemessenheit schwerlich gegeben.

Konsequenterweise ist daher die auf das nicht existente Register bezugnehmende Gebühr ersatzlos zu streichen. Diesbezüglich schlagen wir folgende Änderung vor:

§ 32 b ZV-Ärzte		
§ 32 b ZV-Ärzte – Ist	§ 32 b ZV-Ärzte TSVG Kabinettsvorlage	§ 32 b ZV-Ärzte Blau = Änderungen gegenüber Kabinettsentwurf
(4) Über die angestellten Ärzte führt die Kassenärztliche Vereinigung (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis.		(4) Über die angestellten Ärzte führt die Kassenärztliche Vereinigung (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis.
§ 46 ZV-Ärzte		
§ 46 b ZV-Ärzte – Ist	§ 46 b ZV-Ärzte TSVG Kabinettsvorlage	§ 46 b ZV-Ärzte Blau = Änderungen gegenüber Kabinettsentwurf
(2) Außer der Gebühr nach Absatz 1 werden als Verwaltungsgebühren erhoben: a) nach unanfechtbar gewordener Zulassung ... 400 Euro b) nach erfolgter Eintragung einer auf § 31 Abs. 1 bis 3 oder § 31a Abs. 1 beruhenden Ermächtigung in das Verzeichnis nach § 31 Abs. 10400 Euro c) nach erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Arztes bei einem Vertragsarzt, in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ... 400 Euro d) nach erfolgter Eintragung einer auf § 32b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32b Abs. 4 400 Euro.		(2) Außer der Gebühr nach Absatz 1 werden als Verwaltungsgebühren erhoben: a) nach unanfechtbar gewordener Zulassung ... 400 Euro b) nach erfolgter Eintragung einer auf § 31 Abs. 1 bis 3 oder § 31a Abs. 1 beruhenden Ermächtigung in das Verzeichnis nach § 31 Abs. 10 ... 400 Euro c) nach erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Arztes bei einem Vertragsarzt, in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 400 Euro d) nach erfolgter Eintragung einer auf § 32b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32b Abs. 4 400 Euro.

(2) Detailregelung zum einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

(§ 87b SGB V)

Die Vorgaben zur angemessenen Berücksichtigung von Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen gemäß § 87b Absatz 2 SGB V sind nach wie vor zu knapp dargestellt. Aus der Erfahrung mit einer Vielzahl von Honorarverteilungsmaßstäben ist festzustellen, dass dort den Kooperationsformen unabhängig der bestehenden gesetzlichen Vorschrift nicht ausreichend Rechnung getragen wird. Leider ist insgesamt festzustellen, dass die

Maßgabe des § 87b Absatz 2 SGB V, Kooperationen angemessen zu berücksichtigen, häufig unterlaufen wird.

Zwar bestehen teils kooperationspezifische Sonderregelungen, wie der so genannte 'Kooperationszuschlag', jedoch stellt dieser - trotz des andere Assoziationen weckenden Namens – gerade keine angemessene Berücksichtigung dar, sondern ist vielmehr im Verbund mit der Behandlungsfallzählung als RLV-Berechnungsgrundlage ein Element der systematischen Honorarbenachteiligung kooperativer Strukturen. Auch darüber hinaus bestehen – teils regional unterschiedliche - Benachteiligungen ärztlicher Kooperationen, die die Vorgabe der angemessenen Berücksichtigung gezielt konterkarieren.

Von daher halten wir es für unbedingt notwendig, in § 87b SGB V den gesetzgeberischen Willen insoweit klarzustellen, als dass der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen damit ein unverrückbarer Maßstab an die Hand gegeben wird, der den Partnern bei der Honorarverteilung mit Gesetzesrang auferlegt, gleiche Leistungen unabhängig von der Versorgungsstruktur, in der sie erbracht werden, gleich zu vergüten.

Gleichermaßen sollte mit Gesetzesrang festgeschrieben werden, dass Anstellungen und Vertragsarztsitze, die mit einem geteilten Versorgungsauftrag verbunden sind, nicht unverhältnismäßig belastet, bzw. von den allgemeinen Grundsätzen abweichend willkürlich auf dem Fachgruppendurchschnitt gedeckelt werden.

(3) Nicht-Rücknahme der Trägereingrenzung gemäß § 95 Absatz 1a SGB V

Es wird bedauert, dass die mit dem GKV-VStG zum 1.1.2012 eingeführten Beschränkungen der zulässigen MVZ-Gründer nicht aufgehoben werden.

Angesichts der tatsächlichen Versorgungsrealitäten und -bedarfe ist nach wie vor kein begründeter Anlass zu erkennen, dritte GKV-Leistungserbringer von der MVZ-Trägerschaft auszuschließen. Die bis 2012 erfolgte Einbeziehung aller GKV-Leistungserbringer als mögliche MVZ-Träger hat im Gegenteil eine Vielfalt an Versorgungsmodellen ermöglicht, die der Vielfalt der konkreten Versorgungsprobleme vor Ort angemessen ist und das notwendige Maß an Gestaltungsfreiheit bot, um auch neue und neuartige Versorgungsmodelle zu entwickeln.

Darüber hinaus stehen der mit dem GKV-VStG eingeführten Regelung, etablierte Trägerkreise ohne Vorliegen sachlich begründeter Notwendigkeiten die Gründereignung grundsätzlich abzusprechen, nach wie vor objektiv schwerwiegende verfassungs- und europarechtliche Bedenken entgegen. Diesbezüglich liegt der Bundesregierung ein umfangreiches, vom BMVZ in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten von Prof. Rupert Scholz vor, auf das hier – gerade auch in Verbindung mit den Ausführungen auf den Seiten 4 bis 6 explizit verwiesen wird.