

Stellungnahme zu den die MVZ im Besonderen berührenden Passagen des Entwurfes eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV – VSG)

Eine Analyse & Meinung des BMVZ e.V.
Stand: 5. November 2014



Kontakt unter:

**Bundesverband Medizinische Versorgungszentren –
Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V.**

BMVZ e.V.
Schumannstraße 18
10117 Berlin

Ansprechpartner:

Herr Dr. Bernd Köppl - b.koepl@bm vz.de
Frau Susanne Müller - s.mueller@bm vz.de

Tel.: 030 – 270 159 50

Fax: 030 – 270 159 49

www.bmvz.de

Inhalt

1. Grundsätzliche Stellungnahme
2. Detailstellungnahme
3. Weitere Anmerkungen

Grundsätzliche Stellungnahme

(Seite 3)

Detailstellungnahme

(Seiten 4 - 15)

Vertretungsgründe bei angestellten Ärzten

(Seite 4)

Ruhen eines 'angestellten' Arztsitzes & Nachbesetzung

(Seite 5)

Anforderungen an Gründung und Betrieb von MVZ

(Seite 6)

a) Trägereigenschaft von angestellt tätigen Gründerärzten

(Seite 6)

b) Bürgschaftserfordernis

(Seite 7)

c) Einrichtungsbegriff

(Seite 8)

d) Implikationen der Rechtsformeingrenzung

(Seite 9)

Trägerinterne Verlegung von Zentrumssitzen

(Seite 11)

Leistungsbegrenzung & Anwendbarkeit der Wachstumsregelungen auf MVZ

(Seite 12)

Gleichbehandlung angestellter und Vertragsärzte in der Wirtschaftlichkeitsprüfung

(Seite 14)

Auswahlkatalog für Nachbesetzungsentscheidungen

(Seite 15)

Weitere Anmerkungen mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG

(Seiten 16 - 18)

Nachrang von MVZ in Nachbesetzungsverfahren

(Seite 16)

Eingrenzung der zulässigen MVZ-Gründer

(Seite 16)

Rahmenvorgaben EBM - § 87 SGB V

(Seite 17)

Rahmenvorgaben EBM - § 87 b SGB V

(Seite 17)

KV-Mitgliedschaft von MVZ

(Seite 18)

Grundsätzliche Stellungnahme

Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung – kurz GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) – wurde ein vielseitiges Maßnahmenpaket vorgelegt, mit dem die bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Bürger auch weiterhin auf hohem Niveau gesichert werden soll.

Dabei ist im besonderen Maße auffällig und positiv hervorzuheben, dass mit dem Gesetz die längst vorhandene Pluralität der Versorgungsakteure und –strukturen dezidiert aufgenommen, gewürdigt und weiterentwickelt wird.

Bezogen auf den ambulanten Sektor werden in diesem Zusammenhang an vielen Stellen Anpassungen des Normenrahmens, der aus historischen Gründen auf den Einzelarzt in Niederlassung fokussiert ist und deshalb den hinzugekommenen modernen Versorgungsformen häufig nur unzulänglich gerecht wird, vorgenommen. Vor allem den besonderen Belangen angestellter Ärzte wird mit dem Gesetzentwurf Rechnung getragen und damit die inzwischen erreichte Normalität dieser Arbeitsverhältnisse, die erst vor zehn Jahren regulär in die ambulante Medizin eingeführt wurden, dokumentiert.

Vor diesem Hintergrund begrüßt der Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V. diese gesetzgeberische Initiative ausdrücklich.

Aus der praktischen Erfahrung mit der Versorgungsalltag insbesondere in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) heraus sehen wir dabei an einigen Stellen weiterführenden Konkretisierungs- oder Änderungsbedarf und bitten entsprechend um Beachtung der nachfolgenden Detailstellungnahme.

Detailstellungnahme

Vertretungsgründe bei angestellten Ärzten

Mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG, dort:

Artikel 13 Nummer 2 & Artikel 14 Nummer 2

(§ 32 und 32b Ärzte-ZV/ Zahnärzte-ZV)

Das Vorhaben der Bundesregierung, die Vertretungsgründe an die Besonderheiten der im rechtlichen Sinne von der niedergelassenen ärztlichen Tätigkeit grundverschiedenen angestellten Tätigkeitsverhältnisse anzupassen, wird vom BMVZ ohne Einschränkung begrüßt.

Hinsichtlich der konkret gewählten Formulierung bitten wir jedoch um weiterführende Klarstellungen, da zusätzliche Vertretungsgründe nach dem jetzigen Formulierungsstand nur für den Fall der Beendigung von angestellten Arbeitsverhältnissen vorgesehen werden. Notwendig ist aber ebenfalls die Erstreckung auf diejenigen Fälle, in denen Arbeitsverhältnisse aufgrund arbeitsrechtlicher Ansprüche und Vereinbarungen für einen begrenzten Zeitraum ruhen, ohne dabei zu enden. Zu Denken ist hier beispielsweise an Freistellungen aufgrund von Familien- oder Pflegezeiten, da § 32 Absatz 2 ZV-Ä der die Beschäftigung von Assistenten und Vertretern u. A. aufgrund von Erziehungszeiten regelt, in der aktuellen Formulierung des Gesetzesentwurfes explizit nicht auf angestellte Ärzte erstreckt wird.

Zwar wird in der anhängigen Begründung darauf verwiesen, dass Vertretungen auch bei "beispielsweise Freistellung möglich sein" sollen, dies ist jedoch notwendigerweise auch durch eine entsprechende Formulierung unmittelbar und unmissverständlich in der Verordnung klarzustellen, um spätere Rechtsunsicherheiten zu vermeiden.

Gleichzeitig regen wir an, die in diesem Zusammenhang vorgesehene maximal mögliche Vertretungsdauer von sechs Monaten auf vier Quartale zu verlängern und im Besonderen analog zu den gegenwärtigen Regelung in § 32 Absatz 2 Nummer 2 Ärzte-ZV zusätzlich den Ansprüchen von Müttern auf Erziehungszeit von bis zu drei Jahren Rechnung zu tragen.

Vorgeschlagen wird als neuer Absatz 6 in § 32b Ärzte-ZV:

*(6) Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt ist zulässig; § 32 Absätze 1 bis 4 gilt entsprechend. Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt ist für die Dauer von **zwölf** Monaten zulässig, wenn das **Anstellungsverhältnis aufgrund von Freistellung oder aus sonstigen Gründen ruht oder** durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet ist.*

Klarstellung zur Möglichkeit des Ruhens eines 'angestellten' Arztsitzes & Nachbesetzung

Mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG, dort:

Artikel 1 Nummer 30 Punkt d

sowie Artikel 13 Nummer 2 & Artikel 14 Nummer 2

(§§ 95 SGB V und 32b Ärzte-ZV/ Zahnärzte-ZV)

Die Absicht der Bundesregierung, die Möglichkeit des Ruhens einer Zulassung gemäß § 95 Absatz 5 SGB V und § 26 Ärzte-ZV durch Verweisung in § 95 Absatz 9 SGB V sowie § 32b Absatz 7 Ärzte-ZV auf Anstellungsgenehmigungen zu erstrecken, wird ausdrücklich begrüßt.

In diesem Zusammenhang bitten wir jedoch zu beachten, dass das damit verwandte Thema der Fristen bei Nachbesetzungen von Anstellungsgenehmigungen ebenfalls einer Klarstellung bedarf. Eine gesetzliche Regelung besteht dazu bisher nicht.

In der Konsequenz haben KVen in fehlerhafter Analogie zur Regelung zu den MVZ-Gründungsvoraussetzungen die Spruchpraxis entwickelt, auch beim einfachen Ausscheiden eines angestellten MVZ-Arztes lediglich eine Frist von drei bis sechs Monaten zu gewähren, innerhalb der dieser Sitz nur nachbesetzt werden kann. Gelingt dies nicht, fällt der Zentrumssitz nach der Rechtsprechung für das 'abgebende' MVZ weg (vgl. auch *BSG, Urteil vom 19.10.2011 - B 6 KA 23/11 R*) - wodurch das Versorgungsproblem nicht behoben, sondern eher noch manifestiert wird.

Dieses Vorgehen der KVen und Zulassungsausschüsse ist nicht zuletzt vom Landesozialgericht NRW mit Beschluss vom 27. März 2013 (Vgl. L 11 KA 96/12 B ER) von seiner rechtlichen Herleitung her in aller Deutlichkeit kritisiert worden.

Eine gesetzliche Klarstellung zur Länge und Verlängerung der Nachbesetzungsfristen für Verfahren nach § 103 Absatz 4a Satz 3 SGB V ist daher erforderlich, um eine dem Willen des Gesetzgebers entsprechende Rechtsanwendung bundeseinheitlich sicherzustellen. Eine Klarstellung dazu müsste als Ergänzung in § 32b Ärzte-ZV und/oder § 103 SGB V vorgenommen werden.

Vorgeschlagen wird Ergänzung in § 32b Ärzte-ZV und/oder § 103 SGB V:

Das Recht nach § 103 Absatz 4a Satz 3 SGB V erlischt, wenn länger als zwölf Monate kein Antrag auf Anstellungsgenehmigung gestellt wurde.

Änderung der Anforderungen an Gründung und Betrieb von MVZ

Mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG, dort:

Artikel 1 Nummer 30 Punkt a / aa

(§ 95 SGB V)

Die Streichung des Erfordernisses des Fachübergriﬀs wird grundsätzlich befürwortet. Sicherzustellen ist, dass diese durchaus als Betriebserleichterung zu verstehende Änderung der Anforderungen auch für alle Bestands-MVZ Geltung erlangt.

Vermisst wird jedoch in der Änderung des § 95 SGB V die konkrete Definition der Aufgaben des ärztlichen Leiters. Zwar hat die Rechtsprechung des BSG durchaus eine nicht unerhebliche Abgrenzung der Verantwortungssphären von ärztlicher und kaufmännischer Leitung im MVZ vorgenommen. Dennoch ist in der Praxis festzustellen, dass diese zum Einen in vielen Fällen nicht widerspruchsfrei auf die Versorgungsrealität anwendbar ist, und dass zum Anderen in diesem Zusammenhang die Umsetzung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in Verbindung mit der nach wie vor ungeklärten Rechtsbeziehung des 'MVZ als solchem' zur KV mangelbehaftet ist.

Darüber hinaus sind angesichts der Vielzahl entsprechender Streitfälle und Auslegungsschwierigkeiten Klarstellungen in § 95 SGB V zur Absicht des Gesetzgebers hinsichtlich

- a) der Gründer- respektive Trägereigenschaft von Vertragsärzten, die nach Sitzeinbringung auf diesem angestellt tätig werden,
- b) des Bürgschaftserfordernisses,
- c) des Einrichtungsbegriffs sowie
- d) der besonderen Implikationen der mit dem GKV-VStG eingeführten Rechtsformeingrenzung,

notwendig. Dabei ist zu betonen, dass für alle im Folgenden geschilderten Problematiken für verschiedene KV-Regionen Präzedenzfälle bekannt sind.

Zu a) Trägereigenschaft von angestellt tätigen Gründerärzten

Zu den Regelungen, die seit 2004 unverändert Bestand haben, zählt, dass die Gründungsvoraussetzungen nach § 95 SGB ebenfalls Voraussetzung für den Fortbestand eines MVZ sind. Dies führt regelmäßig dann zu Auslegungsschwierigkeiten, die der ursprünglichen gesetzgeberischen Intention zuwiderlaufenden, wenn Vertragsärzte ihren Sitz zwecks Gründung oder Erweiterung eines MVZ in nämliches einbringen, um dann selbst auf diesem Sitz im Status eines angestellten Mediziners weiterhin tätig zu sein.

Da in formaljuristischer Betrachtung für diesen Personenkreis durch den berufsrechtlichen Statuswechsel mit der MVZ-Gründung der Verlust der Trägereigenschaft verbun-

den ist, andererseits aber gerade solche Gründungen im Besonderen Maße gewollt sind, haben einige KVen die Praxis entwickelt, diesen angestellten Ärzten der sogenannten ersten Generation in Dehnung des SGB V, die Gründereigenschaft weiterhin zuzugestehen. Dies erscheint uns sehr sachgerecht, sollte aber durch eine entsprechende gesetzgeberische Regelung klar legitimiert werden.

Ziel ist, vormaligen Vertragsärzten, die im Rahmen eines MVZ auf dem ursprünglich eigenen Sitz angestellt tätig werden, die gesellschaftsrechtlich verantwortliche Einbindung in die Trägergesellschaft zu ermöglichen. Diese Möglichkeit soll dabei im Sinne der jetzigen Spruchpraxis klar nur für den jeweils abgebenden Vertragsarzt, d.h. keineswegs nach Arztwechsel für spätere angestellte Ärzte, gelten.

Dabei ist bei dieser Klarstellung nicht ausschließlich auf die Gründung eines MVZ abzustellen, sondern es sollten Ärzte, die mit der Einbringung ihres Sitzes ein zugelassenes MVZ erweitern rechtlich gleichgestellt werden.

Im Übrigen kann in Absatz 6 Satz 4 mangels Aktualität ersatzlos entfallen. Satz 3 ist unter Berücksichtigung der geplanten Streichung des Erfordernisses des Fachübergreifens ebenfalls anzupassen.

Um die Gründereigenschaft *'angestellter Ärzte der ersten Generation'* zu regeln, schlagen wir in Absatz 6 folgende Ergänzung vor:

Abweichend zu Absatz 1a Satz 1 gilt die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1a Satz 1 in der Person eines angestellten Arztes auch dann als vorliegend, wenn dieser zuvor als Vertragsarzt seinen Sitz in das MVZ eingebracht hat.

Zu b) Präzisierung des Bürgschaftserfordernis'

Die 2007 mit dem VÄndG eingeführte selbstschuldnerische Bürgschaft für MVZ in der juristischen Person des Privatrechts erfasst durch die Adressierung an die 'Gesellschafter' nicht klar alle – der Gesetzesbegründung nach gemeinten – Gesellschaftsformen. In der Konsequenz stößt die Forderung nach einer selbstschuldnerischen Bürgschaft des 'Gesellschafters' bei allen Rechtsformen, die keine Gesellschaftsverhältnisse darstellen – zum Beispiel bei Gebietskörperschaften, also z.B. den extra neu eingebundenen Kommunen und Stiftungen - auf Auslegungsprobleme.

Es ist daher sinnvoll, zur Absicherung der genannten Forderungen nicht die bestimmte Sicherungsform der selbstschuldnerischen Bürgschaft verpflichtend vorzugeben, sondern auch auf andere Sicherheiten des § 232 BGB Bezug zu nehmen.

Gleichzeitig ist klarzustellen, dass die Bürgschaftsleistungen gemäß § 95 SGB V abschließenden Charakter haben und entsprechend von den KVen keine weiteren Sicherungsleistungen verlangt werden dürfen. Hintergrund ist die von mehreren KVen

angewandte Praxis, von MVZ in nicht-mehrheitlich ärztlicher Trägerschaft, die in der Rechtsform der GmbH organisiert sind, zusätzliche Bankbürgschaften in fünffacher Höhe der monatlichen Abschlagszahlung zu fordern. Rechtsfolge der Nichtbeibringung dieser zusätzlichen Bürgschaft ist die Verweigerung der Zahlung von Abschlägen an die betreffende MVZ-Gesellschaft.

In beiden Fällen ist die Liquidität des MVZ unmittelbar betroffen. Entweder dadurch, dass die Honorarzahlungen bis zur Erstellung des Honorarbescheides zurückgehalten werden, was in der Regel einen Zeitraum von sechs bis neun Monaten umfasst, in denen auf das Honorar zu warten ist. Oder dadurch, dass für die fortlaufende Bereitstellung von Bankbürgschaften die entsprechenden Gebühren entrichtet werden müssen, die in Abhängigkeit vom Umsatz des MVZ, relevante Höhen erreichen können und dauerhaft Kosten verursachen.

Unabhängig von den konkreten Problemen, die die zusätzliche Einforderung von Bankbürgschaften mit sich bringen, stellt diese ausschließlich Gesellschaften in dritter Trägerschaft und Krankenhausträgerschaft betreffenden Bürgschaftsforderungen eine unzulässige Ungleichbehandlung gegenüber MVZ-Gesellschaften in ärztlicher Hand dar. Vor diesem Hintergrund ist eine Klarstellung notwendig und erforderlich.

Entsprechend schlagen wir folgende Präzisierung des § 95 Absatz 2 Satz 1 SGB V vor:

Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit nach ihrer Wahl eine selbstschuldnerische Bürgschaft abgeben oder eine nach § 232 BGB zulässige Sicherheit leisten; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden. Diese Bürgschaft oder Sicherungsleistung gilt als abschließend.

zu c) Einrichtungsbegriff

Der Begriff der Einrichtung wurde mit Bezug auf seine Verwendung in § 95 SGB V zu keinem Zeitpunkt definiert oder in seinem Bedeutungsgehalt konkret ausgestaltet. In der Folge kommt es zunehmend zu unterschiedlichen und teilweise auch sich widersprechenden Entscheidungen verschiedener Zulassungsausschüsse. Eine Rechtseinheit herstellende Klarstellung wäre daher an dieser Stelle ausdrücklich zu begrüßen.

Strittig ist zum Einen, die Frage, ob und inwieweit mit dem Einrichtungsbegriff eine Vorgabe hinsichtlich der räumlichen Einheit verbunden ist. Dies betrifft einerseits die tatsächlichen räumlichen Gegebenheiten am Ort des Vertragsarztsitzes, insbesondere im Falle von krankenhausetragenen MVZ, die innerhalb des Krankenhausgebäudes oder auf dem Krankenhausgelände ihren Sitz haben. So werden etwa zum Teil MVZ-Gründungen untersagt, wenn die verschiedenen Fachrichtungen des MVZ räumlich

getrennt z.B. auf verschiedenen Etagen oder in verschiedenen Gebäudeteilen des Krankenhauses angesiedelt werden sollen.

Hier stellen KVen und Zulassungsausschüsse mit Verweis auf den Einrichtungsbegriff teils Hemmnisse hinsichtlich der Raumsituation auf, die in der Praxis nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand zu beseitigen sind, obgleich den Gesetzen diesbezüglich keinerlei besondere Vorgaben zu entnehmen sind.

Zum Anderen nutzen einige Zulassungsausschüsse den Einrichtungsbegriff argumentativ auch dafür, MVZ grundsätzlich Zweigstellengenehmigungen zu verweigern oder zu erschweren.

Dabei halten wir eine Klarstellung insbesondere bei den Fällen für notwendig, in denen MVZ bestehende Praxen am anderen Ort übernehmen und den Praxisstandort als Zweigstelle erhalten wollen. Vielfach sind Fälle bekannt geworden, in denen von den örtlichen Zulassungsausschüssen mit Verweis auf den Einrichtungsbegriff ein Zwang zur Zentralisierung der neuen Sitze an die Adresse der Hauptbetriebsstätte des MVZ ausgeübt wird, der weder vom MVZ gewollt, noch aus der Patientenperspektive sinnvoll ist.

zu d) Implikationen der Rechtsformeingrenzung

Mit Verweis auf die mit dem GKV-VStG mit Geltung zum 1.1.2012 vorgenommene Rechtsformeingrenzung wird seitdem in uneinheitlicher Vorgehensweise der verschiedenen Zulassungsausschüsse der Betrieb, insbesondere aber auch die Neugründung von MVZ in Form einer Betriebsstätte einer MVZ-GmbH nicht zugelassen. Gemeint ist dabei das bis dato nicht unübliche Konstrukt, dass unter dem Dach ein und derselben MVZ-Gesellschaft mehrere selbständige MVZ geführt werden.

Aus der Vorschrift, dass *"die Gründung [von MVZ] nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich [ist]"*, wird dabei von den Zulassungsausschüssen abgeleitet, dass für jedes MVZ eine eigenständige Gesellschaft zu gründen und der Betrieb mehrerer MVZ als selbständige Betriebsstätten einer einzelnen Gesellschaft nur noch im Sinne des Bestandsschutzes zulässig sei.

An dieser Stelle besteht gesetzgeberischer Klarstellungsbedarf. Soweit etwa im hier zugrundegelegten Entwurf eines GKV-VSG in Artikel 13 und 14 unter Ergänzung des § 24 Absatz 7 der Ärzte-ZV/Zahnärzte-ZV um einen zweiten Satz darauf abgestellt wird, trägerinterne Übertragungen von Anstellungsgenehmigungen zuzulassen, stellt sich die Frage nach der gesellschaftsrechtlichen Trägeridentität im besonderen Maße. Diese ist unstrittig im Fall einer Trägergesellschaft, die mehrere MVZ-Betriebsstätten betreibt, gegeben. Soweit jedoch von den Zulassungsausschüssen für jede MVZ-Gründung die

Anmeldung einer eigenständigen MVZ-Gesellschaft verlangt und durchgesetzt wird, liefe die angesprochene Änderung der Zulassungsverordnung beinahe vollständig ins Leere.

Eine solche klarstellende Änderung würde im Übrigen mit dem neuen Satz 3 des Absatz 1a § 95 SGB V korrespondieren, da an dieser Stelle abweichend zu der oben dargestellten Auslegung von Satz 1 für durch Kommunen betriebene MVZ bereits die Nichterfordernis einer eigenständigen Trägergesellschaft klargestellt wird.

Gesonderter Regelungsbedarf bezüglich der Rechtsform besteht im Weiteren auch mit Blick auf den Zusammenschluss von mehreren MVZ in der Rechtsform einer Genossenschaft bzw. einer GmbH. Eine solche Verschmelzung entsprechender MVZ-Gesellschaften wird hier in der Praxis dadurch verhindert, dass das Umwandlungsgesetz vorsieht, dass – formaljuristisch gesehen - die erste Gesellschaft die zweite Gesellschaft aufnimmt. Mit diesem gesellschaftsrechtlichen Vorgang verbinden aber die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Zulassungsgremien gleichzeitig den Verlust der Sitze der in der anderen Gesellschaft 'aufgehenden MVZ-Gesellschaft'.

Es hat sich hier insgesamt die Spruchpraxis entwickelt, dass bei der Verschmelzung zweier MVZ-Gesellschaften die Zulassungen mangels Übergang an die KV 'zurückfallen'. Dies kann jedoch im Rahmen der Flexibilisierung der Versorgung und von Medizinischen Versorgungszentren nicht gewollt sein.

Klarstellung zur Möglichkeit der trägerinternen Verlegung von Zentrumssitzen, auf denen angestellte Ärzte Tätig sind

Mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG, dort:

Artikel 13 Nummer 1 & Artikel 14 Nummer 1

(§ 24 Ärzte-ZV/ Zahnärzte-ZV)

Bis dato ist die Verlegung einzelner Sitze innerhalb zweier MVZ desselben Trägers praktisch ausgeschlossen, da mit den Neuregelungen des GKV-VStG zwar grundsätzlich die Wiederauslösung eines Sitzes aus dem MVZ ermöglicht, nicht jedoch dieser Fall geregelt wurde. Die vorgesehene Erstreckung der Regelungen zur Verlegung von Vertragsarztsitzen auf Verlegungen einer genehmigten Anstellung, womit ausweislich der Entwurfsbegründung die Gestaltungsmöglichkeiten für MVZ in gleicher Trägerschaft erweitert werden sollen, wird daher ausdrücklich begrüßt.

Insbesondere erscheint es sinnvoll, es MVZ-Trägern, die an mehreren Standorten tätig sind, unter Vereinfachung der zulassungsrechtlichen Verfahrenswege zu ermöglichen, innerhalb derselben Trägerstruktur einzelne Arztsitze aus bedarfsplanungsrechtlich überversorgten Standorten in unterversorgte Regionen zu verlegen und mit der Ermöglichung einer solchen Option zu einer gleichmäßigeren und dem Bedarf der Bevölkerung folgenden Verteilung der ärztlichen Kapazitäten beizutragen. Gerade vor diesem Hintergrund scheint die konkrete Formulierung im Gesetzesentwurf aber noch unzureichend.

Da – wie in diesem Text auch in Zusammenhang mit § 95 SGB V (dort Unterpunkt 4) ausgeführt – von den Zulassungsausschüssen zum allergrößten Teil keine trägergleichen MVZ mehr neu zugelassen werden, sondern je MVZ die Einrichtung einer Trägergesellschaft gefordert wird, sollte bei Abgrenzung der Fälle, in denen die Verlegung künftig als zulässig erachtet werden soll, nicht auf die Trägerschaft an sich, sondern auf die Identität der Gesellschafter abgestellt werden. Auf die auf Seite 9f gemachten Ausführung wird hier explizit verwiesen.

Andernfalls würde die beabsichtigte Regelung bei Beibehalt der vorgeschlagenen Formulierung weitgehend ins Leere laufen und wäre allenfalls an eine Handvoll Bestands-MVZ, die formaljuristisch trägergleich aufgestellt sind, adressiert.

Klarstellung zur Leistungsbegrenzung & zur Anwendbarkeit der Wachstumsregelungen auf MVZ

Mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG, dort:

Artikel 1 Nummer 32 Punkte a und b

(§§ 101 & 87b SGB V)

Die Feststellung, dass auch unterdurchschnittliche Arztpraxen außerhalb der Aufbau-phase nicht von jeder Wachstumsmöglichkeit ausgeschlossen werden dürfen, ist wesentlich und daher die Umsetzung der entsprechenden BSG-Rechtsprechung auch über Jobsharingpartnerschaften oder -anstellungen hinaus dringend geboten.

Das Thema korrespondiert mit der Frage der Anwendung und Anpassung der sogenannten Jungarztregelung an die besonderen Belange von MVZ und angestellten Ärzten. Aktuell ist die Situation so, dass MVZ sich - obwohl sie als Zulassungsträger den Vertragsärzten grundsätzlich gleichgestellt sind - zum Einen immer öfter den Jungpraxisstatus für das neugegründete MVZ überhaupt erst erstreiten *müssen* (Vgl. LSG Berlin-Brandenburg L7 KA 68/12 v. 19.2.2014). Und dass zum Anderen bei Neueingliederung von Sitzen und Anstellungsgenehmigungen dem betreffenden Arzt des MVZ in einigen KVen regelmäßig keine darauf bezogene Wachstumsmöglichkeit zugestanden wird.

Hier besteht insbesondere Klarstellungsbedarf bezogen auf die Fälle der Erweiterung der Arztstellen einer BAG/eines MVZ durch Integration, bzw. Einbringung zusätzlicher Sitze. An dieser Stelle besteht eine Rechtslücke, die dazu führt, dass bereits zugelassene MVZ mit unterdurchschnittlich abrechnenden 'Jung-Sitzen' regelmäßig keine gesonderte Wachstumsmöglichkeit bis zum Fachgruppendurchschnitt zugestanden bekommen.

Vor diesem Hintergrund weisen wir auf die dringliche Notwendigkeit hin, den im Gesetzesentwurf aufgegriffenen Hinweis des BSG zu Wachstumsmöglichkeiten außerhalb der Aufbauphase unter den Gesichtspunkten der Besonderheiten von MVZ und angestellten Ärzten umfassend weiter zu denken und den Rechtsrahmen entsprechend auch hier anzupassen.

Systematisch wäre dazu der sinnvollste Weg, in § 87b SGB V die Vorgaben für den EBM entsprechend auszugestalten und daran anzuknüpfen, dass für Ärzte und Praxen, die aufgrund einer Neuzulassung einen Patientenstamm erst erarbeiten müssen, regulär vorzusehen ist, dass diese *'wegen des Rechtes auf berufliche Entfaltung und unter Berücksichtigung der Honorarverteilungsgerechtigkeit'* durch besondere Honorarregelungen die Chance erhalten, *'legitimerweise die Position im Wettbewerb mit den Berufskollegen zu verbessern'* und *'ihre Praxis zu einer mit typischen Umsätzen auszubauen.'* (ständige BSG-Rechtsprechung).

Diese Regelung muss, um KV-übergreifend einen einheitlichen und rechtssicheren Normenrahmen herzustellen, hinsichtlich ihrer Geltung auch für MVZ und angestellte Ärzte klargestellt werden, da aufgrund der historischen Orientierung der Honorarrege-

lungen auf die Nachfolge in einer Niederlassungspraxis Bezugspunkt der bisherigen Jungarztregelungen die mit der Niederlassung verbundene Neu-Zulassung einer Praxis ist.

Die Möglichkeit, bis zum Fachgruppendurchschnitt wachsen zu können, ist zum Beispiel in den zahlreichen Fällen von besonderem Belang, in denen Ärzte am Ende ihres Berufslebens ihre Praxis abgeben oder einbringen, dabei jedoch in den letzten Quartalen lediglich eine sehr niedrige Zahl an Patienten behandelt haben. Gleichermaßen ist die Jungarztregelung auch für neu angestellte Ärzte von Relevanz, die auf einem Sitz tätig werden, der aufgrund von Nachbesetzungsschwierigkeiten für gewisse Zeit nicht besetzt gewesen war und deshalb in den honorarrelevanten Vorquartalen keine oder sehr niedrige Fallzahlen aufweist.

Für solche und ähnliche Übergänge sollte daher sinnvollerweise die Jungarztregelung für alle Nachfolger-Ärzte zum Tragen kommen, und, in Anerkennung der Vielfalt der Berufsausübung, künftig nicht mehr zulassungs- sondern arztbezogen geregelt werden.

Eine entsprechende Klarstellung des § 87 b Absatz 2 SGB V sollte im Zusammenhang mit dem im Koalitionsvertrag verankerten wirtschaftlichen Gleichbehandlungsgebot vorgenommen werden. Dazu schlagen wir folgende Regelung vor:

Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden. Nicht zulässig sind Regelungen, die Ärzte in Teilzeitanstellung oder mit beschränktem Versorgungsauftrag gesonderten Leistungsbeschränkungen und Budgetierungen zu unterwerfen.

Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen und Leistungen unabhängig von der Versorgungsstruktur gleich zu honorieren. Für Ärzte, die eine Praxisnachfolge antreten, eine Praxis neu gründen oder als angestellte Ärzte eine Anstellung in Nachfolge eines ausscheidenden angestellten Arztes erhalten, gelten für den Zeitraum von zwölf Quartalen die besonderen Honorarregelungen für Jungärzte, die ein Wachstum bis zum Fachgruppendurchschnitt ermöglichen.

Eine unbotmäßige Ausweitung der zur Abrechnung gebrachten Leistungsmengen ist dadurch nicht zu befürchten, da die besonderen Wachstumsmöglichkeiten in der Aufbauphase grundsätzlich nur bis maximal zum Fachgruppendurchschnitt Anwendung finden und damit einer Selbstlimitierung unterliegen.

Klarstellung zur sachgerechten Gleichbehandlung angestellter und Vertragsärzte in der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG, dort:

Artikel 1 Nummer 35 Punkte a und b

(§ 106a SGB V)

Die klarstellenden Änderungen in § 106a SGBV, die mit nämlichen Gesetzentwurf textgleich, jedoch mit Geltung erst ab 2017 in § 106 d SGB V überführt werden, finden unsere ungeteilte Zustimmung. Die Gleichstellung von Vertragsärzten und angestellten Ärzten ist sachgerecht, um die in der Praxis aufgetretenen Verwerfungen zu beseitigen.

Zur Vermeidung potentieller Rechtsstreitigkeiten und Unklarheiten möchten wir jedoch auf Folgendes hinweisen:

Es ist unbedingt darauf zu achten, dass diese Klarstellung auch für die derzeit anhängigen Zeitplausiverfahren angestellter Ärzte, die teils bis zum Prüfquartal 3/2009 zurückgehen, Geltung erlangen muss. Nur so können die Verwerfungen aus der Vergangenheit, die mit vermeintlichen Interpretationsspielräumen der aktuellen Rechtslage begründet werden, beseitigt werden. So sind beispielsweise allein im Bereich der KV-Berlin für Abrechnungsquartale bei BAGs und MVZ gegenwärtig diverse Prüf- und Regressverfahren bei über 30 MVZ und BAG anhängig, die sich ausschließlich auf die hier thematisierte Ungleichbehandlung angestellter Ärzte in der Zeitplausibilitätsprüfung stützen.

Ohne eine Klarstellung zum Geltungszeitraum, bzw. hilfsweise eine ergänzende Formulierung, dass es sich bei Regelung gemäß Gesetzesentwurf nachgerade nicht um eine Rechtsänderung, sondern um eine bloße textliche Klarstellung zur bereits längst bestehenden Rechtslage handelt, fände durch die jetzt vorgenommene Begründung zu Nummer 35 eine Bestätigung des angestellte Ärzte diskriminierenden Vorgehens der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Vergangenheit statt.

Ergänzung eines kooperationsspezifischen Kriteriums in den Auswahlkatalog für Nachbesetzungsentscheidungen

Mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG, dort:

Artikel 1 Nummer 33 Punkt b/cc

(§ 103 SGB V)

Mit der beabsichtigten Änderung soll es Medizinischen Versorgungszentren ermöglicht werden, sich im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4 Satz 1 SGB V auf ausgeschriebene Arztsitze auch dann bewerben zu können, wenn ein konkreter Arzt, der auf diesen Arztsitz tätig werden soll, noch nicht vorgewiesen werden kann. Das wird vom BMVZ grundsätzlich positiv gesehen.

Die vorgeschlagene Regelung halten wir jedoch in der gewählten Formulierung für nicht ausreichend und die geplante Implementierung am Ende des § 103 Absatz 4 SGB V für fehl platziert. Da die Auswahlkriterien an anderer Stelle in § 103 Abs. 4 SGB V geregelt sind, halten wir es aus systematischen Gründen und auch um die notwendige Gleichwertigkeit zu den personenbezogenen Auswahlkriterien auszudrücken, für sachgerechter, dass die geplante textliche Ergänzung dem bestehenden Kriterienkatalog unmittelbar angefügt wird.

Des Weiteren wird mit dem Wort „kann“ sprachlich ein Ermessen verdeutlicht, das jedoch nicht gewollt sein kann. Ansonsten besteht begründet die Gefahr, dass diese Regelung des Gesetzgebers ins Leere läuft, da aus der praktischen Erfahrung heraus bekannt ist, dass die Zulassungsgremien im Regelfall die Bewerbung für Medizinische Versorgungszentren im Rahmen ihres Ermessens ignorieren.

Soweit ausweislich der Begründung vom Gesetzgeber beabsichtigt wird, dass bei MVZ im Nachbesetzungsverfahren auch Aspekte der fachübergreifenden Versorgung eine Rolle spielen, so ist daher deren Überprüfung und Einbindung in die Auswahlentscheidung verbindlich vorzugeben. Ein Ungleichgewicht zugunsten von MVZ würde dadurch nicht erzeugt, da die Verpflichtung zur Prüfung keinerlei Präjudiz für das Ergebnis selbiger und damit letztlich auch nicht für die Auswahl des geeignetsten Bewerbers darstellt.

Vorgeschlagen wird daher, anstelle der im Entwurf bisher enthaltenen Regelung unmittelbar nach § 103 Absatz 4 Satz 5 folgenden Passus anzufügen:

Bei Bewerbung einer Einrichtung gemäß § 95 Absatz 1 oder § 311 Absatz 2 ist ergänzend die Eingliederung in eine medizinische Gesamtkonzeption zu berücksichtigen.

Anmerken möchten wir daneben auch, dass die Änderung in § 104 Absatz 3a SGB V, mit denen im Nachbesetzungsverfahren der Vorrang von Bewerbern nach Absatz 4 Satz 5 Nummer 4 – 6 an die Einhaltung bestimmter Fristen geknüpft werden soll, nach unserer Auffassung zu weitgehend ist. Das Anliegen, die Umgehung der Regelungen zum Abbau der Überversorgung durch Kurzzeit-Anstellungen, bzw. –Partnerschaften zu verhindern, können wir nachvollziehen. Den dafür angesetzten Zeitraum von drei Jahren sehen wir jedoch als deutlich zu lang an und schlagen eine Reduktion auf zwei Jahre vor.

Weitere Anmerkungen

Mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG:

Nicht-Rücknahme des Nachrangs bestimmter MVZ bei der Auswahlentscheidung im Nachbesetzungsverfahren

Es wird bedauert, dass der mit dem GKV-VStG zum 1.1.2012 neu 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 auch auf die neu zulässigen kommunalen MVZ erstreckt werden soll.

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

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 objektiv am besten geeignete Bewerber die Zulassung erhält, nur weil er ein Kriterium nicht erfüllt, das mit dem Entscheidungsziel, den für die Versorgung am besten Geeigneten zu finden, allenfalls sehr mittelbar in Zusammenhang steht.

Mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG:

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

Es wird bedauert, dass die mit dem GKV-VStG zum 1.1.2012 neu 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 weitgehend 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 bietet.

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 explizit verwiesen wird.

Mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG, dort:

Artikel 1 Nummer 24 c

(§ 87 Absatz 2a SGB V)

Grundsätzlich wird die Änderung in Absatz 2a hinsichtlich der Rahmenvorgaben für den EBM befürwortet. Was jedoch in diesem Zusammenhang vermisst wird, sind weitergehende Regelungen, die die kooperativen Versorgungsstrukturen betreffen und deren Umsetzung innerhalb des EBM gesetzgeberisch eingefordert werden müsste.

Denn soweit bei der Änderung des § 87 Abs. 2a SGB V lediglich auf die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen bezüglich der delegationsfähigen Leistungen verwiesen wird, wird dabei nicht ausreichend beachtet, dass auch innerhalb des EBM eine Vielzahl von wechselseitigen Gebührenausschüssen vorliegen, die das Leistungsgeschehen in den kooperativen Versorgungsstrukturen insbesondere bei MVZ und fachübergreifenden BAGs negativ beeinflussen. Dieses sollte daher bereits auf der Ebene des EBM korrigiert werden, wofür entsprechend klare Rahmenvorgaben seitens des Gesetzgebers ausgesprochen hilfreich wären.

Mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG, dort:

Artikel 1 Nummer 26 b

(§ 87 b Absatz 2 SGB V)

Die Maßgaben der angemessenen Rechnungstragung für kooperative Versorgungsformen sind 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 kooperationsspezifische Sonderregelungen, wie der so genannte 'Kooperationszuschlag', jedoch stellt gerade 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 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.

Mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG:

Nicht-Änderung des § 77 SGB V

Es wird bedauert, dass die zwischenzeitlich etablierten Medizinischen Versorgungszentren nicht Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung werden. Dadurch sind sie unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG wesentlich stärker von einer Zulassungsentziehung bedroht, als dies für einen Vertragsarzt gilt. Hintergrund ist die Trennung zwischen dem 'MVZ als solchem' und den darin tätigen Ärzten. (Vgl. Ausführungen des BSG B 6 KA 22/11 R vom 21.3.2012).

Da die MVZ als arztübergeordnete Struktur integraler Bestandteil der ambulanten Versorgung sind, halten wir es für erforderlich, insbesondere MVZ in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts in die körperschaftlichen Strukturen der KV einzubinden und damit der Disziplinargewalt der KV zu unterwerfen. Zum Anderen wird auf diese Weise gleichzeitig eine gegenüber den Vertragsärzten mit Ausnahme des Wahlrechtes gleichberechtigte beidseitige Rechtsbeziehung zwischen dem MVZ als solchen und der Selbstverwaltungskörperschaft geschaffen.

Wenn in diesem Zusammenhang in § 79c SGB V ausdrücklich ein Fachausschuss für angestellte Ärztinnen und Ärzte geschaffen wird, halten wir dies für nicht ausreichend.
