

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

Eine Analyse & Meinung des BMVZ e.V.
Stand: 17. August 2018



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

Inhalt

1. Allgemeine Stellungnahme
2. Detailstellungnahme
3. Weitere Anmerkungen

Allgemeine Stellungnahme

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz ist geplant, eine Vielzahl an Detailregelungen hinsichtlich des Rechtsrahmens der ambulanten Versorgung zu überarbeiten. Wesentliche Änderungen betreffen dabei auch den Bereich der kooperativen Leistungserbringung, die MVZ-Gesetzgebung sowie den Themenkomplex ‚Angestellte Ärzte‘.

Insgesamt gelangt der BMVZ zu der Wertung, dass hier zwar einige relevante Regelungsansätze enthalten sind, dass jedoch das im Einleitungstext des TSVG-Entwurfes genannte Ziel, ‚*die Attraktivität der MVZ zu erhalten und gleichzeitig für eine Balance zwischen Anstellung und selbständiger Tätigkeit zu sorgen*‘, nur teilweise erreicht wird.

Wesentlichster Kritikpunkt ist das Vorhaben, jede Nachbesetzung einer Angestelltenstelle unter den Vorbehalt einer erneuten Bedarfsprüfung zu stellen. Diese Änderung, die auf einer fehlerhaften Gleichsetzung der Nachbesetzung einer Zulassung mit dem Personalwechsel bei einem Angestelltensitz beruht, erschwert, bzw. behindert ohne Nutzen für die Patienten die kontinuierliche Besetzung von Arztstellen in MVZ.

Begrüßt werden alle Änderungen, die darauf abzielen, konkrete Alltagshemmnisse bei der kooperativen Versorgung abzubauen. Die andererseits vorgesehene Beschränkung einzelner Träger beim MVZ-Betrieb wird dagegen als wenig zielführend kritisiert. Ähnliches gilt für die Einschränkung, dass Ärztenetze künftig MVZ zwar gründen dürfen, jedoch nur in unterversorgten Regionen. In beiden Fällen wird nach Meinung des Verbandes das in der Begründung angegebene Regelungsziel nicht erreicht.

Detailstellungennahmen zu ...

Seite 3	<i>MVZ: Ärztenetze als Träger</i>
Seite 4	<i>MVZ: Beschränkung der Dialyseträger auf fachbezogene MVZ</i>
Seite 6	<i>MVZ: zulässige Rechtsformen</i>
Seite 6	<i>MVZ: Gleichwertigkeit der Bürgschaftsleistungen</i>
Seite 6	<i>KVen: Prüfung der Einhaltung der Versorgungsverpflichtung</i>
Seite 7	<i>MVZ: Gesellschafteranteile für angestellte Ärzte</i>
Seite 9	<i>Bedarfsplanung: Rolle der obersten Landesbehörden</i>
Seite 9	<i>MVZ: Spezifisches Auswahlkriterium im Nachbesetzungsverfahren</i>
Seite 10	<i>Angestellte Ärzte: Planungsbereichsübergreifende Zweigstelle</i>
Seite 11	<i>Angestellte Ärzte: Prüfvorbehalt bei Personalwechsel</i>
Seite 13	<i>Strukturfond: Finanzierungsziele</i>
Seite 14	<i>KVen: Eigeneinrichtungen</i>
Seite 15	<i>Ärzte: Detailvorgaben zum Sprechstundenangebot</i>

Weitere Anmerkungen zu ...

Seite 17	<i>Nichtrücknahme der Trägereingrenzung gemäß § 95 Absatz 1a SGB V</i> <i>Unzureichende Berücksichtigung von Kooperationen im EBM gemäß § 87 Abs. 2 SGB V</i>
----------	--

MVZ: Ärztenetze als zulässige Träger

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 47 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. Jedoch ist es ihnen bisher verwehrt, direkt Ärzte anzustellen, bzw. entsprechende Arbeitsplätze zu organisieren.

Die Aufnahme der Ärztenetze als eigenständigen Rechtsträger in den MVZ-Trägerkreis ermöglicht dem entgegen 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 Vertragsärztschaft 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 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? Oder die Frage, ob das Netz-MVZ die Zulassung verliert, wenn weitere Ärzte des Fachgebiets sich niederlassen? 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: Beschränkung der Dialyseträger auf fachbezogene MVZ

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 47 Buchstabe a – aa)

(§ 95 Absatz 1a SGB V)

Gleichzeitig mit der Aufnahme der Arztnetze in den Trägerkreis soll die Trägergruppe der Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V in ihren bisherigen Gründungsrechten beschränkt werden. Ausweislich der Entwurfsbegründung wird damit beabsichtigt zu verhindern, dass *"MVZ immer häufiger von Investoren gegründet werden, die allein Kapitalinteressen verfolgen."* Ein Argument, mit dem bereits im Jahr 2011 die weitgehende Reduktion des MVZ-Trägerkreises auf Ärzte, Krankenhäuser und Dialyseträger begründet wurde.

Soweit damals erklärtermaßen beabsichtigt war, Kapitalinteressen und gesundheitsfremde Unternehmen vom ambulanten 'Markt' fernzuhalten, ist festzustellen, dass dieses Ziel gerade nicht erreicht wurde. Vielmehr sind die damaligen Änderungen in Kombination mit dem Wegfall der Verpflichtung zum Fachübergreifend-Sein Basis der Entwicklungen heute. Vor diesem Hintergrund erscheint es dem BMVZ mindestens fragwürdig, dass dasselbe Mittel, das in den letzten sechs Jahren offensichtlich nicht funktioniert hat, erneut zum Einsatz kommen soll.

Dagegen wurde mit der Trägereingrenzung von 2011 erreicht, dass konstruktive Gestaltungsideen des z.B. lokal ansässigen Apothekers oder Physiotherapeuten mangels rechtlicher Zulässigkeit im Keim erstickt wurden. Dass also kleinteilige Versorgungs-ideen, die durch regional verankerte und lokal vernetzte Leistungserbringer unterstützt oder angestoßen wurden, grundsätzlich der Riegel vorgeschoben wurde.

An dieser Stelle ist zu hinterfragen, ob dem ohne Frage vorhanden Missbrauchspotential jedweder MVZ-Gründungsregelung nicht besser durch effektive Sekundärmaßnahmen, als mit tendenziell unwirksamer Symbolpolitik in Form weiterer Trägerbeschränkungen begegnet werden sollte. Ziel muss dabei sein, den Einstieg in den ambulanten Versorgungsmarkt für rein renditeorientierte Kapitalanleger zu verkomplizieren, bzw. unattraktiv zu machen, ohne mit generellen Restriktionen auch die große Mehrheit der versorgungsrelevanten Kooperationsmodelle zu treffen oder zu behindern.

Denkbar wären hier etwa fiskalische Steuerungsmaßnahmen, die Kurzzeitinvestitionen im Gesundheitswesen wirksam mit entsprechenden Spekulationsabgaben o.Ä. belegen. Ausgesprochen hilfreich wäre auch die Einführung von über die berufsrechtlichen Vorschriften hinausgehenden Transparenzvorschriften hinsichtlich sämtlicher Gesellschafter- und Holdingstrukturen. Insgesamt sinnvoll ist in diesem Zusammenhang unseres Erachtens auch die Stärkung der Ärzte bzw. des Ärztlichen Leiters im MVZ.

Im Übrigen ist darauf zu verweisen, dass unabhängig von den merklich in die ambulante Versorgungslandschaft eindringenden Marktstrukturen gegenüber den Äußerungen der Bundesregierung vom September 2010 unseres Wissens keine neuen Erkenntnisse zur Patientengefährdung vorliegen:

"Die Bundesregierung hat keine konkreten Erkenntnisse, dass bei angestellten Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern oder MVZ die Therapiefreiheit eingeschränkt wird. [...] Konkrete Hinweise auf die Einflussnahme von Kapitalgebern auf die Geschäftsführung und Patientenversorgung im MVZ liegen der Bundesregierung nicht vor." - (Vgl. BT-Drucksache 17/3131):

In jedem Fall ist die geplante Beschränkung der Trägereigenschaft bei den Dialyseträgern auf nur fachbezogene MVZ aus objektiven Gründen abzulehnen. Denn erstens wird auch damit das formulierte Ziel nicht erreicht werden, denn interessierte Kapitalgeber werden im Zweifelsfall auf andere Konstrukte ausweichen. Und zweitens ist in der vorgeschlagenen Formulierung völlig offen, wie das Attribut 'fachbezogen' verstanden werden soll.

Da fachbezogen offensichtlich nicht fachgleich meint, wäre dringend klarzustellen, welche Regelungsabsicht konkret zum Ausdruck gebracht werden soll. Soweit in der Begründung richtigerweise darauf abgestellt wird, dass die Trägereigenschaft an sich es ermöglicht, von dieser unabhängig auch dazu fachfremde MVZ zu gründen, so handelt es sich um ein Wesensmerkmal der MVZ, das als solches – auch nicht für die Teilgruppe der Dialyseträger – unterbunden werden sollte.

So benötigen, um nur einzelne Beispiele herauszugreifen, rund ein Drittel der Dialyse-Patienten eine auch diabetologische Behandlung und viele Patienten eine enge kardiologische Überwachung. Häufig ist aufgrund der komplexen Krankheitsfolgen auch die psychologische Betreuung begleitend notwendig. Dies alles kann sinnvollerweise heute aus einer Hand angeboten werden. Dies für die Zukunft durch das Attribut 'fachbezogen' zu unterbinden, halten wir insbesondere auch aus der Patientenperspektive für falsch.

Hinsichtlich von Fehlentwicklungen, die etwa für den Teilbereich der Zahnheilkunde keineswegs abgestritten werden, ist daher auf die bereits angeführten sekundären Maßnahmen zur Verringerung der Attraktivität des ambulanten Marktes für gesundheitsferne Rendite-Interessen zu verweisen. Gleichzeitig halten wir mit Blick auf die besondere Marktdynamik rund um das fachgleiche Zahn-MVZ – eine entsprechende Forderung der Zahnärzteschaft unterstützend - die Überlegung für zielführend, 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 - das Vorliegen der Gründungsvoraussetzungen allein im vertragsärztlichen Bereich zu verlangen.

Grundsätzlich ist im Übrigen anzumerken, dass – offensichtlich als redaktionelles Versehen – für den Fall der Beschränkung der Trägereigenschaft von Dialyseträgern auf fachbezogene MVZ vergessen wurde, eine Schutzregelung für entsprechende Bestands-MVZ zu formulieren, wie sie bei der ersten Beschränkung der Trägerschaft eingeführt wurde. Nicht vorstellbar ist an dieser Stelle, dass der Gesetzgeber beabsichtigt, die zahlreich bestehenden, für dieses besondere Krankheitsspektrum versorgungsrelevanten MVZ in Dialyseträgerschaft in Widerspruch zu § 14 Grundgesetz zur 'Rückabwicklung zu zwingen'.

Insgesamt kann für die Absicht, die Trägerschaft weiter eingrenzen zu wollen, keine sachlogische, bzw. objektiv aus Versorgungsaspekten und Patienteninteressen hergeleitete Begründung erkannt werden. Von daher plädiert der BMVZ dafür, den Kreis der möglichen MVZ-Gründer künftig, statt einzuschränken, wieder auf die Ursprungsregelung von 2003 zu erweitern und effektive Marktregularien und Zugangshemmnisse für Fremdkapital an anderen, passenderen und zielgenau wirkenden Stellen vorzusehen.

MVZ: zulässige Rechtsformen

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 47 Buchstabe a – 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. Hier sind entsprechend im Zusammenhang mit der künftigen Abgabe der MVZ der ärztlichen Gründer der 'ersten Generation' (*Gründungen 2004 – 2011*) erhebliche Probleme zu erwarten.

MVZ: Gleichwertigkeit der verschiedenen Bürgschaftsleistungen

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 47 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 den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 47 Buchstabe c – aa)

(§ 95 Absatz 3 SGB V)

Bereits seit dem GKV-VSG 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 diese 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 Behandlungsfalls 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 Leistunglegende 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 den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 47 Buchstabe d)

(§ 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 Ärzte 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 unregelt, 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.

Änderungsvorschlag § 95 Absatz 6 SGB V

*[...] Die 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 und Gesellschafter der Gesellschaft Absatz 1a Satz 1 Halbsatz 2** sind. [...]*

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.

Bedarfsplanung: Rolle der obersten Landesbehörden

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 48 & Nummer 50 c)

(§§ 96 Absatz 2 & 103 Absatz 3b (neu) SGB V)

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Es muss jedoch dann dafür Sorge getragen werden, dass diese von den Landesbehörden zusätzlich begehrten Sitze 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 den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 50 Buchstabe d - bb)

(§ 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 werden soll, wird vorbehaltlos begrüßt. Damit wird eine Gleichstellung dieses Abwägungsgrundes gegenüber den acht weiteren, rein personenbezogenen Kriterien nachvollzogen, die objektiv angemessen und daher zwingend geboten ist.

Etwaigen Befürchtungen, dadurch würde ein Ungleichgewicht zugunsten von MVZ 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.

Dies stellt eine Ungleichbehandlung zwischen betroffenen MVZ und Vertragsärzten dar, der es an jeder 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 besten Geeigneten zu finden, allenfalls sehr mittelbar in Zusammenhang steht.

Angestellte Ärzte: Planungsbereichsübergreifende Zweigstelle

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 50 Buchstabe e - aa)

Artikel 1 Nummer 50 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 Genehmigungsvoraussetzung der 'Verbesserung am anderen Ort' erfüllt, häufig negiert. Dies läuft der besonderen Regelungsabsicht der geplanten SGB V-Änderung zuwider.

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 Anstellungsgenehmigung: Prüfvorbehalt

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 50 Buchstabe e - bb) + f - bb)

(§ 103 Absätze 4a und 4b SGB V)

Als Neuregelung für alle ärztlichen Angestelltenstellen (sogenannte *Arztstellen*) – gleich ob in Praxis oder MVZ - ist geplant, künftig jeden Personalwechsel unter den Vorbehalt der Erforderlichkeit aus Versorgungsgründen zu stellen. Analog zu den Prüfvorgaben bei der Nachfolge eines Sitzes wird damit den Zulassungsgremien aufgegeben, eine Nachbesetzung abzulehnen, wenn sie aus Versorgungsgründen nicht erforderlich sein sollte.

Diese Änderung ist abzulehnen. Denn zum Ersten ist anzumerken, dass die dem Regelungsvorschlag zugrunde gelegte Analogie zwischen der Nachbesetzung eines Sitzes und der einer Arztstelle auf einer inhaltlich fehlerhaften Inbezugsetzung beruht, die durch die in beiden Fällen gebräuchliche Nutzung des Wortes 'Nachbesetzung' für den jeweiligen Wechselprozess nur eine Scheinlogik entfaltet.

Bei dieser wird übersehen, dass es wesentliche Unterschiede zwischen Nachbesetzungen von Zulassungen und Nachbesetzungen bei Anstellungen gibt.

Nachbesetzung Zulassung: Bei Nachbesetzungen von Zulassungen treffen die Bedarfsvorbehalte auf eine Situation, in welcher dieselbe Person in einen Sitz investiert, von ihm profitiert und dessen Versorgungsrelevanz steuern kann. Zugleich entscheidet die gleiche Person regelmäßig selbst, wann die Nachbesetzung erfolgen soll, kann diese vorbereiten und Stolperfallen vermeiden. Schließlich erfolgen die Nachbesetzungen aufgrund der Verbundenheit mit der eigenen wirtschaftlichen Existenz häufig zum entsprechend subjektiv günstigen Zeitpunkt.

Anders beim angestellte Arzt: Dieser investiert nicht in gleicher Weise und profitiert nicht in gleicher Weise und dessen wirtschaftliche Existenz ist nicht in gleicher Weise mit dem Sitzes und dessen Nachbesetzung verbunden. Die wesentlichen Risiken liegen vielmehr auf der Seite des Arbeitgebers. Der Angestellte kann auch von Rechts wegen nicht in gleicher Weise gebunden werden – davor schützt das Arbeitsrecht. Das schlägt zugleich dem Arbeitgeber, der das wirtschaftliche Risiko trägt, Mittel aus der Hand, welche Versorgungskontinuität und Investitionssicherheit gewährleisten könnten.

Aus diesem Grund wäre die Folge der geplanten Regelung die Gleichbehandlung zweier im Wesentlichen ungleicher Tatbestände. Im Ergebnis würde nicht die augenscheinlich angestrebte Gleichbehandlung, sondern eine im Rechtssinne nicht sachgerechte Ungleichbehandlung begründet.

Zum Zweiten sind MVZ gerade auch in der Konzeption des Gesetzgebers langfristig organisierte Einheiten, die in aller Regel mittels Anstellung von Ärzten komplexe Versorgungskonzepte verfolgen und eine personenunabhängige Kontinuität der Versorgung gewährleisten. Diesem Konzept immanent ist, dass Personalwechsel vergleichsweise häufiger stattfinden als die Praxisaufgabe eines selbständig niedergelassenen Arztes. Würde nun jeder ärztliche Personalwechsel – anders als bisher – an eine erneute Bedarfsprüfung gebunden, wird die Planbarkeit für die Einrichtung als Ganzes deutlich eingeschränkt, da keine Verlässlichkeit bestünde, dass die Arztstelle nachbesetzt werden kann.

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 Inbezugnahme 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 aus dem Jahr 2015 heißt es dort:

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.

Zum Dritten ist zu berücksichtigen, 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 den einzelnen Zulassungsausschuss unter entsprechenden Umständen zielgerichtet 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 Versorgungsumfanges, 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 Anstellungswechsel eine unnötige Redundanz, die die Zulassungsausschüsse mit zusätzlicher Arbeit belastet – gleichzeitig aber keinen Mehrwert schafft.

Auch aus diesem vierten 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.

Strukturfond: Finanzierungsziele

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 51 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 ver-

meiden, 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 den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 51 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 den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 13 Nummer 2 Buchstabe a)

(§ 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 Pflichtenpektrums 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 (Praxisöffnungszeiten), die jeder Arzt statistisch je Woche anbietet,¹ 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.²

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

¹ Datenquelle: GKV-Spitzenverband "Sprechstunden niedergelassener Ärzte" – Faktenblatt auf Basis einer Forsa-Umfrage unter 1.400 Ärzten – Pressemitteilung vom 21.3.2011

² 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

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 (vgl. auch *BT-Drucksache 19/2061*), empfehlen wir aus naheliegenden Gründen, zunächst dieses Prüfinstrument zu schärfen und die Prüfergebnisse der nächsten zwei Jahre abzuwarten.

Weitere Anmerkungen

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG:

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 (Vgl. hierzu auch Seite 4f).

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 umfangliches, vom BMVZ in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten von Prof. Rupert Scholz vor, auf das hier explizit verwiesen wird.

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG:

Detailregelung zum einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

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.
