

Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts (VÄndG)

Der bvvp hat grundsätzliche Einwände gegen die im Gesetz vorgesehene Möglichkeit des Entzugs von halben Praxissitzen.

Sowohl dem Ziel der besseren Verzahnung von ambulant und stationär, als auch der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei Ärzten und Psychotherapeuten dürfte man mit den neuen Bestimmungen tatsächlich näher kommen. Dies gilt aber nicht für das Ziel der besseren Versorgung im Sinne einer Besserversorgung in bisher unterversorgten Gebieten und/oder einer Versorgungsbegrenzung in über- bzw. versorgten Gebieten durch die Schaffung halber Vertragsarztsitze. Das Gegenteil wird erreicht:

- Die Möglichkeit halber Versorgungsaufträge (GA des Bundesrats) trägt nicht dazu bei, Versorgungsengpässe zu beseitigen. In unterversorgten Gebieten stehen ohnehin offene Praxissitze zur Verfügung. Es fehlen dort nicht Praxissitze sondern Ärzte, um sie zu besetzen.
- Insbesondere im Bereich Psychotherapie hat die Bedarfsplanung noch weniger als in anderen medizinischen Bereichen etwas mit dem realen Bedarf zu tun, so dass es nominell überversorgte Gebiete gibt, in denen trotzdem Psychotherapeutenmangel herrscht.
- In nominell überversorgten oder ausreichend versorgten Gebieten schafft man je nach endgültiger Formulierung im Gesetzestext und dann folgender Spruchpraxis der Zulassungsausschüsse entweder neue Niederlassungsmöglichkeiten, die zur Deckung eines realen Bedarfs tatsächlich gebraucht werden, bei realer Überversorgung aber unnötig sind, oder aber die Möglichkeit, halbe Sitze zu entziehen, was bei nomineller- aber nicht realer- Überversorgung zu einer Verschlechterung der Versorgung führen wird. Diese Effekte konterkarieren die Absicht einer besseren Verteilung der Versorgung.

Eine Ausweitung der Versorgung kann von Ärzten und Psychotherapeuten außerdem nur bei Aufstockung des Budgets, oder dessen Wegfall, geleistet werden.

Wir halten daher die Einführung halber Versorgungsaufträge in Hinblick auf die Erreichung einer gleichmäßigeren Versorgung der Bevölkerung im ambulanten Bereich nicht für zielführend, zumal weit reichende juristische Probleme der Definition des halben Versorgungsauftrags hinzukommen.

Weitere Punkte:

A. Art.1, Nr.5 Buchstabe c, d sowie Buchstabe c1 der Bundesratsempfehlung

Wenn man dennoch prinzipiell an der Möglichkeit eines halben Versorgungsauftrags auch im ambulanten Bereich festhalten will, sollte man dies jedoch auf jeden Fall auf die freiwillige Beantragung beschränken, da es für die Möglichkeit der **Beantragung** eines halben Versorgungsauftrages (bisherige Gesetzentwurf) lediglich der Definition, was man mit dem halben Versorgungsauftrag **darf** (Limits für Leistungsvolumen und Nebentätigkeit) bedarf. Mit der Entzugsmöglichkeit von halben Praxissitzen hingegen sind weit reichende kontrollierbare und rechtssichere Definitionen erforderlich, was jemand mit einem ganzen Versorgungsauftrag vorhalten **muss**. Derartige Definitionen dürften kaum hinreichend zu präzisieren sein und würden Bürokratie und gerichtliche Auseinandersetzungen vervielfachen.

B. 1. Zu Art. 1, Nr. 6 (§98 Abs. 2):

Verzicht auf die Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Definition des zeitlichen Umfangs des hälftigen Versorgungsauftrages

Soweit es bei Zulassung von halben Praxissitzen **nur auf Antrag** bleibt, kann im Gesetz ein Limit für Nebentätigkeiten von 26 Std. direkt festgelegt werden. Dann kann auf die vorgesehene Ermächtigung des BMG, den zeitlichen Umfang des halben Versorgungsauftrags in den jeweiligen Zulassungsverordnungen verzichtet werden.

2. Zu Art.1 Nr. 5 a), § 95, Abs.1 Satz 2 ff:

Medizinisches Versorgungszentrum auch bei Psychiatern und Psychotherapeuten

Es wird eine analoge Klarstellung wie bei den fachärztlich und hausärztlich tätigen Internisten – entweder im Gesetzestext oder in der Gesetzesbegründung – vorgeschlagen, dass auch Psychiater und Psychotherapeuten mit weniger als 50% Psychotherapie mit Personen der Arztgruppe nach § 101 Abs.4 eine fachübergreifende Einrichtung nach § 95 Abs.1 bilden können.

3. Regelung in Art. 5, Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte: **Vorschlag zur Einführung weiterer Verbesserungen zum Jobsharing**

Es werden Verbesserungen der Jobsharing-Möglichkeiten und bessere vertragliche Regelungen für die Juniorpartner mit stufenweiser Abgabe/ Übernahme des Versorgungsauftrags wegen Alter und Krankheit.

Freiburg, den 10.10.2006



Dr. Birgit Clever

Erläuterungen und Ausführungen zur Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts (VÄndG)

Mit dem Gesetzentwurf zur Änderung des Vertragsarztrechts wird in mehrfacher Hinsicht Neuland betreten im Sinne der Flexibilisierung der Kooperationsformen aller an der Versorgung Beteiligten Berufsgruppen und der Zusammenarbeit zwischen ambulant, stationär und ggf. auch teilstationären Einrichtungen und Beratungsstellen. Dadurch werden Entwicklungsimpulse zur Verzahnung von Versorgungsstrukturen gesetzt und Möglichkeiten von Versorgungsstrukturen in bisher unterversorgten Gebieten erweitert.

A. Grundsätzliche Einwände gegen den Entzug eines halben Praxissitzes und zu der dadurch erforderlichen Normierung von hälftigen Versorgungsaufträgen

Art.1, Nr.5 Buchstabe c und d sowie Buchstabe c1 der Bundesratsempfehlung

Im bisherigen Gesetzentwurf ist weder eine konkrete definitorische Festlegung des Kriteriums des vollen und des halben Versorgungsauftrages vorgesehen noch die Möglichkeit des Entzuges eines halben Praxissitzes. Der bisher vorliegende Gesetzentwurf geht von einer Beantragung bzw. freiwilligen Abgabe des hälftigen Versorgungsauftrags aus. In der Anlage 3 zum Gesetzentwurf wird dem Antrag des Bundesrats, den Entzug eines halben Vertragsarztsitzes vorzusehen, im Rahmen der Gegenäußerung der Bundesregierung unter Nr. 2. grundsätzlich zugestimmt.

U.E. dürften kaum zweifelsfreie Kriterien – u. U. noch zu spezifizieren für die einzelnen Arztgruppen und deren Untergruppen - zu finden sein, die einen vollen resp. halben Versorgungsauftrag rechtssicher mit „Positivmerkmalen“ charakterisieren könnten. Dies wäre aber die Voraussetzung, um einen halben Praxissitz rechtskonform entziehen zu können. Bisher verzichtet deswegen die Zulassungsverordnung der Ärzte auf eine eingrenzende Konkretisierung. Als problematische Aspekte möchten wir nennen:

- Sowohl unterschiedliche Leistungsmöglichkeiten als auch unterschiedliche Praxiskonzepte mit zum Teil hohem Anteil an Delegation an Hilfskräfte einerseits und zum Teil Ausführung fast aller Nebentätigkeiten durch den Praxisinhaber andererseits erschweren einheitliche Kriterien.
- Die telefonische Erreichbarkeit ist wegen unterschiedlich langer Sprechstundenzeiten, je nachdem, ob in größerem Maße z.B. operative oder komplexe diagnostische Tätigkeiten oder belegärztliche Tätigkeiten oder psychotherapeutische Behandlungen mit eingeschränkter Erreichbarkeit, ausgeübt werden, für eine einheitliche Normierung nicht geeignet.
- Erst recht kann die vollzeitige Verfügbarkeit nicht an Auslastungsgraden gemessen werden: zum einen trägt der Praxisinhaber das wirtschaftliche Risiko der Auslastung seiner Praxis, eine Verpflichtung, Patienten zu akquirieren kann aufgrund der freien Arzt-/Psychotherapeutenwahl nicht postuliert werden.

- Außerdem kann die vollzeitige Praxistätigkeit nicht an den unmittelbaren Patientenkontakten gemessen werden; diese macht nur einen – je nach Praxistyp variablen – Anteil der Gesamtarbeitszeit für die Praxis aus.
- Wenn zu dem vom Praxisinhaber zu tragenden Risiko einer möglichen eingeschränkten Arbeitsleistung – z.B. gesundheits- oder altersbedingt – (und damit Honorareinbußen bei gleich hoch bleibenden Praxiskosten) noch ein weiteres Risiko des möglichen Entzugs des (halben) Praxissitzes hinzukäme, würde das die Attraktivität der Tätigkeit als Vertragsbehandler deutlich mindern und das Interesse an einer Niederlassung als Voraussetzung für die Sicherstellung der Versorgung beeinträchtigen. Die Möglichkeit, die Praxis aus einer solchen kritischen Phase wieder herauszuführen, könnten erheblich geschmälert werden.
- Im Krankheitsfall oder bei nachlassender Leistungsfähigkeit kommt als weiteres Risiko hinzu, dass der Praxisinhaber durch enge Fallzahl- bzw. Leistungszuwachsgrenzen kein hinreichend attraktives Jobsharing-Angebot ausloben kann, aber gleichzeitig vom Entzug der Hälfte seines Praxissitzes bedroht wäre, was den Verlust der Hälfte des Praxiswertes nach sich zöge - bei gleich bleibenden Verbindlichkeiten aus der auf Vollauslastung kalkulierten Praxis. Die erneute Wiedererlangung eines ganzen Praxissitzes würde bei den großteils gesperrten Bezirken u. U. über längere Zeit am Zulassungsausschuss scheitern.
- Es ist damit zu rechnen, dass es zu einer hohen Kontroll- und Eingriffsdichte durch die Selbstverwaltungsorgane und aufgrund mangelnder Validität von objektivierbaren Kriterien zu einer Zunahme von Sozialgerichtsprozessen käme.

Somit erscheint eine gerichtsfeste „Positiv-Definition“ des vollen oder halben Praxissitzes kaum möglich. Außerdem müssten bei dem Versuch einer „konkreten“ Definition nach Auslastungsgraden für die einzelnen Fachgruppen jeweils verbindliche Definitionen eingeführt werden, ab wann das Kriterium eines halben Praxissitzes erfüllt ist. Damit wäre auch im Rückschluss ein voller Praxissitz zu definieren, möglicherweise bei Großpraxen auch ein 1,5 facher Praxissitz. Bei der bereits erwähnten hohen Varianz der Praxisgestaltungen in allen Fachbereichen (hinsichtlich der vorgehaltenen Diagnostik- und Behandlungsmethoden, des Einsatzes von technischen Mitteln, von Personal etc.) dürfte sich ein überbordender Regulierungsaufwand ergeben, zahlreiche Zusatzkriterien gerichtsfest (unter dem Aspekt der Verhältnismäßigkeit und dem Gleichheitsgebot) definieren zu müssen. Bei der Überprüfung dieser Kriterien kämen auf die davon betroffenen Praxisinhaber ggf. belastende und diskriminierend wirkende Folgen zu. Die Kontrolldichte dürfte sich auch negativ auf Arbeitsmotivation und Arbeitsleistung auswirken und zu einer Flut von gerichtlichen Auseinandersetzungen über die Umsetzungspraktiken der Selbstverwaltung führen.

Daher sollte unbedingt auf die vom Gesundheitsausschuss des Bundesrates empfohlene Entzugsmöglichkeit einer halben Zulassung verzichtet werden. Bei der Möglichkeit des Entzugs eines halben Praxissitzes wären konkretere Definitionen darüber erforderlich, was für einen halben Sitz erfüllt werden **muss**, im Gegensatz zur Beantragung

oder der freiwilligen Abgabe eines halben Sitzes (wie im bisherigen Entwurf vorgesehen),

bei der nur definiert werden muss, was getan werden **darf** mit halbem Praxissitz, und zwar:

- a. die maximale Ausdehnung der halben Praxistätigkeit (durch die Selbstverwaltung zu definieren) und
- b. das Ausmaß der Nebentätigkeiten.

Zum Ausmaß der Nebentätigkeit (b.) könnte i.S. einer ‚möglichst sparsamen‘ Definition eines halben Vertragsarztsitzes im Gesetz auf die BSG-Rechtsprechung zurückgegriffen werden. Diese hat eine 13stündige Nebentätigkeit als mit der Vollzulassung vereinbar definiert. Analog könnte für einen halben Praxissitz die Zulässigkeit einer Nebentätigkeit bis zu 26 Stunden gesetzlich festgelegt werden (s. nächster Punkt).

B. Weitere einzelne Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf

1. Verzicht auf die Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Definition des zeitlichen Umfangs des hälftigen Versorgungsauftrages

Zu Art. 1, Nr. 6 (§98 Abs. 2)

Im Zusammenhang mit der vorgesehenen Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit (§ 98 Abs. 2 neu), den zeitlichen Umfang der Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit des sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrags in den jeweiligen Zulassungsverordnungen näher zu bestimmen, sehen wir die Gefahr einer einengenden Konkretisierung des Kriteriums eines vollen/halben Vertragsarztsitzes mit entsprechenden bürokratischen Beeinträchtigungen.

Wir plädieren stattdessen bei der Definition der Versorgungstätigkeit eines halben Vertragsarztsitzes für eine Orientierung an der bisherigen BSG-Rechtsprechung zur Nebentätigkeit, d.h. analog der Zulässigkeit einer bis zu 13stündigen Nebentätigkeit bei Vollzulassung eine Nebentätigkeit bis zu 26 Wochenstunden bei einer Zulassung mit halbem Praxissitz vorzusehen.

Dann könnte auch auf die im bisherigen Gesetzentwurf vorgesehene Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit, den „zeitlichen Umfang der Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit des sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrags in den jeweiligen Zulassungsverordnungen näher zu bestimmen“, verzichtet werden zugunsten dieser Definition über die Nebentätigkeit und des Verweises auf die von der Selbstverwaltung festzusetzende maximale Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit bei halbem Sitz.

2. Medizinisches Versorgungszentrum auch bei Psychiatern und Psychotherapeuten

Art.1 Nr. 5 a), § 95, Abs.1 Satz 2 ff

In § 95 Abs.1 ist eine Klarstellung dahingehend erforderlich, dass wenn einer Einrichtung (MVZ) ein Psychiater ohne überwiegende psychotherapeutische Tätigkeit und ein Arzt oder Psychotherapeut der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören, diese als fachübergreifend zu bezeichnen ist. Diese Klarstellung könnte analog der Ausführung in Satz 3 zum fachärztlichen und hausärztlichen Internisten explizit erfolgen oder aber auch als Bemerkung in Teil B. Besonderer Teil.

Diese Klarstellung zur Ermöglichung einer sinnvollen Vernetzung der Versorgung psychisch Erkrankter wäre sehr wünschenswert.

3. Vorschlag zur Einführung weiterer Verbesserungen zum Jobsharing

Regelung in Artikel 5, Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Für die gleichzeitige Ermöglichung eines gestuften Ausstieges aus der vertragsärztlichen Tätigkeit aus Altersgründen einerseits und des stufenweisen Einstiegs in die Praxistätigkeit für noch teilweise – sei es in Anstellungen, sei es in familiären Verpflichtungen - gebundenen „Nachrückern“ könnte das Jobsharing ein wichtiges Instrument darstellen, wenn die erforderlichen Bestimmungen optimiert werden könnten. Wir schlagen dazu vor:

- Eine Erlaubnis der Ausdehnung der Praxistätigkeit über die 103% hinaus; z.B. eine Möglichkeit der Erweiterung auf 150%.

Hilfsweise folgender Vorschlag:

Eine Öffnung der 103% dahingehend, dass bei Einstieg in das Jobsharing nicht unbedingt das letzte Jahr des Seniorpartners zugrunde gelegt werden müsste, sondern ein leistungsstarkes Jahr der letzten 5 oder 10 Jahre

Begründung:

Oft geht die quantitative Leistungsfähigkeit schon vor dem 60. bis 63. Lebensjahr zurück oder legt gerade eine Erkrankung in den Vorjahren die Entscheidung nahe, nach einer Jobsharing- Möglichkeit zu suchen. Aber der damit schon eingetretene geringere Auslastungsgrad des Vorjahres verunmöglicht eine sinnvolle Praxisauslastungsgröße für den Senior- und Juniorpartner im Jobsharing.

- Verbesserung der Absicherung des Juniorpartners – z.B. durch verbesserte Rechte gegenüber dem Seniorpartner. Hier sollten rechtliche Mindeststandards formuliert werden.
- Die Möglichkeit einer Praxissitzteilung i.S. von Zulassung von zwei halben Praxissitzen (dadurch größere Sicherheit für den Junior-Partner) mit der rechtlich abgesicherten Möglichkeit der frei zu vereinbarenden Aufteilung der Versor-

gungstätigkeit im Binnenverhältnis: z.B. der Möglichkeit, bei formal beantragter und bewilligter Halbierung des Praxissitzes einen gestuften Übergang nach unter den Partnern vereinbarten, von der Halbierung abweichenden Prozentsätzen bei der abzurechnenden Leistungserbringung (wie beispielsweise im ersten und zweiten Jahr 25 : 75 %, im dritten Jahr 50 : 50%, im vierten und fünften Jahr 75 : 25%) vereinbaren zu können.

Freiburg, den 10.10.2006

Norbert Bowe