

Vorab per Mail an Frau Marianne Steinert (Ausschuss für Gesundheit)  
marianne.steinert@bundestag.de

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Die Vorsitzende  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

12. Oktober 2006

**Stellungnahme des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC)  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts  
und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - VÄndG)  
BT-Drucks. 16/2474 vom 30.08.2006**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

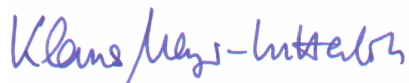
in der Anlage übersende ich Ihnen eine Stellungnahme des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC) verbunden mit unserem Dank für die Einladung zur Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 18. Oktober 2006.

Seitens des BMC werden an der Anhörung teilnehmen:

Dr. Klaus Meyer-Lutterloh  
BMC-Vorstandsvorsitzender  
e-Mail: [dr.meyer-Lutterloh@t-online.de](mailto:dr.meyer-Lutterloh@t-online.de)

RA Dr. Peter Wigge  
BMC-Vorstandsmitglied  
e-Mail: [kanzlei@ra-wigge.de](mailto:kanzlei@ra-wigge.de)

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Klaus Meyer-Lutterloh  
Vorstandsvorsitzender

Der Bundesverband Managed Care bezieht sich in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VändG) insbesondere auf den Aspekt der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen. Aus diesem Blickwinkel ergibt sich im Folgenden eine Auswahl aus den Vorschriften des Gesetzentwurfes. Von Einzelstellungen zu denjenigen Regelungen, die nicht im Fokus dieser Betrachtungsweise liegen, wird abgesehen.

Der Bundesverband Managed Care begrüßt in diesem Zusammenhang die Transformierung der flexibleren berufsrechtlichen Regelungen, die der 107. Deutsche Ärztetag 2004, der Deutsche Zahnärztetag 2004 und der 7. Deutsche Psychotherapeutentag 2006 beschlossen haben, in das Vertragsarztrecht. Dadurch werden die Rahmenbedingungen für eine weitere Differenzierung der Versorgungsstrukturen in Fortführung des gesetzgeberischen Trends der letzten 10 Jahre erweitert. Für Leistungserbringer und Krankenkassen entstehenden dadurch allerdings auch neue Herausforderungen z.B. in den Bereichen Management, Administration und Vertragswettbewerb.

---

## **1. Flexibilisierung des Vertrags(zahn)arztrechts**

### **Örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften**

#### **§ 24 (Zahn)ÄrzteZV, § 33 Abs. 2 (Zahn)ÄrzteZV**

Die Erweiterung der erlaubten Berufsausübung eines Vertragsarztes außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten und über den Bezirk der eigenen KV hinaus, auch mit angestellten Ärzten, ermöglicht die Anpassung der Leistungserbringung an regionale Bedarfslagen.

*Diese Möglichkeiten werden grundsätzlich begrüßt in Verbindung mit der Sicherung der Versorgungspräsenz am Vertragsarztsitz und an den weiteren Orten unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Ärzte als Voraussetzung der Genehmigung.*

*(Hierbei ist allerdings auf die verfassungsrechtliche Problematik durch die Streichung des Genehmigungsvorbehaltes in § 33 Abs. 2 ÄrzteZV - „landesrechtliche Vorschriften über die ärztliche Berufsausübung“ - hinzuweisen; siehe auch Stellungnahme des Bundesrates vom 07.07.06 und Gegenäußerung der Bundesregierung in Anlage 3 zur Drucksache 16/2474).*

### **Anstellung von Ärzten**

#### **§ 95 Abs. 9 SGB V, § 101 SGB V, § 32b (Zahn)ÄrzteZV, § 33 (Zahn)ÄrzteZV**

Die Möglichkeit, Ärzte innerhalb der vertragsärztlichen Tätigkeit unter der Voraussetzung, anzustellen, dass keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind bzw. im Fall von Zulassungsbeschränkungen mit Verpflichtung zur Leistungsbeschränkung, sowie die Aufhebung von der Leistungsbeschränkung in einem bestimmten Gebiet eines Zulassungsbezirks, in dem eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar

droht, erweitert die Optionen für Ärzte, als Angestellte an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Hierbei ist das Verbot einer Berufsausübungsgemeinschaft zur fachgebietsüberschreitenden Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen entsprechend der Regelung in § 33 Abs. 2 (Zahn)ÄrzteZV zu beachten.

*Diese Flexibilisierung wird in Verbindung mit dem Verbot von Berufsausübungsgemeinschaften zur fachgebietsüberschreitenden Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen („Selbstzuweisungsproblematik“; vgl. BSG, Urteil v. 31.01.2001, Az: B 6 KA 24/00 R) im Sinne einer bedarfsgerechten Gestaltung der Versorgung begrüßt.*

### **§ 103 Abs. 4b SGB V („Übertragung der Zulassung“)**

In Anlehnung an die Regelung in § 103 Abs. 4a, die es einem Vertragsarzt ermöglicht, in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seinen Vertragsarztsitz zu verzichten, um als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig zu werden, wird die entsprechende angestellte Tätigkeit in einer Vertragsarztpraxis ermöglicht (Satz 1). Diese Regelung erlaubt analog zu der Regelung bei MVZ in § 103 Abs. 4a SGB V eine „Übertragung der Zulassung“ auf eine Einzel- oder Gemeinschaftspraxis. Damit wird auch dort ein Zulassungskauf unter Umgehung des Ausschreibungs- und Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs. 4 SGB V möglich.

*Die Regelung führt dazu, dass die Chancen für Ärzte, die zukünftig in das Vertragsarztssystem eintreten wollen, erheblich reduziert werden, einen Vertragsarztsitz in einem Art. 3 Abs. 1 GG genügenden Verfahren zu erhalten. Durch die Regelung wird daher die Verfassungsmäßigkeit der Bedarfsplanung gemäß § 101 SGB V in Frage gestellt.*

### **Anstellung von Hochschullehrern der Allgemeinmedizin**

#### **§ 95 Abs. 9a SGB V**

*Die Ausnahmeregelung für die Anstellung von Hochschullehrern der Allgemeinmedizin in hausärztlichen Vertragsarztpraxen unabhängig von Zulassungsbeschränkungen wird im Sinne der Förderung der allgemeinmedizinischen Aus- und Weiterbildung begrüßt.*

### **„Doppeltätigkeit“ von Vertrags(zahn)ärzten im Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung**

#### **§ 20 Abs. 2 (Zahn)ÄrzteZV**

Die gesetzliche Möglichkeit der Tätigkeit in oder der Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für Vertragsärzte erweitert die Gestaltungsoptionen sowohl für Ärzte als auch für die zugelassenen Einrichtungen und dient der sektoralen Vernetzung.

*Diese Flexibilisierung ist im Sinne einer bedarfsgerechten Gestaltung der Versorgung und der Überwindung von Sektorengrenzen von Grundsatz her zu begrüßen.*

*Allerdings stellt die Gestaltung der Arbeitsbedingungen z.B. hinsichtlich Weisungsbefugnis, Haftung, Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfung eine erhebliche Herausforderung dar.*

*Zu fragen ist auch, warum die Öffnung auf Krankenhausärzte beschränkt wird und z.B. nicht auch auf Werks- und Betriebsärzte erweitert wird, die nach der Rechtsprechung des BSG aus den gleichen Gründen wie Krankenhausärzte bisher nicht zugelassen werden können (BSG, Urteil vom 19.03.1997, Az.: 6 RKA 39/96 = BSGE 80, 133f).*

*Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass mit der gesetzlichen Regelung des § 20 Abs. 2 (Zahn)ÄrzteZV das Vorhandensein einer Interessenkollision im Zusammenhang mit der gleichzeitigen Tätigkeit im Krankenhaus und in der Niederlassung nicht ausgeräumt wird. Auch nach der Änderung des § 20 Abs. 2 (Zahn)ÄrzteZV darf es daher keine tatsächliche Leistungsverlagerung aus nicht sachgerechten (z.B. budgetrelevanten) Gründen je nach persönlichem Interesse des Arztes geben. Ebenso darf kein Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit und den Praxisbetrieb durch vertragliche Vereinbarungen mit dem Krankenhaus erfolgen (vgl. BSG, Urteil vom 05.11.1997, Az.: 6 RKa 52/97, MedR 1998, S. 279). Andernfalls besteht die Gefahr, dass durch die Liberalisierung unsachgemäße Verlagerungen von Leistungen in das jeweils andere Budget der herkömmlichen sektoral getrennten ambulanten und stationären Versorgung stattfinden.*

*Es erscheint deshalb sinnvoll, insoweit ergänzende Regelungen in den Bundesmantelverträgen zuzulassen. Weiterhin ist durch honorartechnische Anpassungen auch dafür zu sorgen, diese Regelung nicht zum Unterlaufen des Belegarztwesens führt.*

### **Hälftiger Versorgungsauftrag ("Teilzulassungen")**

#### **§ 95 Abs. 3 Satz 1, § 98 Abs. 2, § 18 Abs. 1 (Zahn)ÄrzteZV und 19a (Zahn)ÄrzteZV**

Die Berechtigung eines Arztes, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag als Vertragsarzt auf die Hälfte eines vollständigen Versorgungsauftrages zu beschränken, und diese Regelung bedarfsweise wieder aufzuheben, flexibilisiert die Arbeitsmöglichkeiten von Vertragsärzten sowohl für freiberuflich tätige als auch für angestellte Ärzte und ermöglicht individuelle Gestaltungsmöglichkeiten.

*Diese Flexibilisierung wird im Sinne einer bedarfs- und präferenzgerechten sowie insbesondere familienfreundlichen Gestaltung der vertragsärztlichen Tätigkeit begrüßt.*

### **Mitgliedschaft von angestellten und ermächtigten Ärzten in Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigungen**

#### **§ 77 Abs. 3 SGB V**

Die Mitgliedschaft von angestellten und ermächtigten Ärzten in Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigungen unter der Voraussetzung, dass sie mindestens halbtags beschäftigt sind, *erscheint im Zusammenhang mit den dadurch möglichen Durchgriffsmöglichkeiten der KVen auf die einzelnen Ärzte plausibel.*

## **2. Regelungen zu MVZ**

### **Merkmal "fachübergreifend"**

#### **§ 95 Abs.1 Satz 3 ff SGB V**

Diese Regelung stellt klar, wann ein MVZ als "fachübergreifend" zu bezeichnen ist, da dieses Merkmal für die Zulassung relevant ist.

*Obwohl eine Klarstellung grundsätzlich zu begrüßen ist, hält der BMC das Merkmal "fachübergreifend" für MVZ für eine unnötige Einschränkung der Gestaltungsmöglichkeiten.*

*Als Sonderform der Medizinischen Versorgungszentren sollten deshalb auch spezialisierte Einrichtungen - so genannte „focused factories“ – als MVZ zulassungsfähig sein. Der Grundgedanke liegt hier nicht auf Integration, sondern auf Spezialisierung. Zunehmender medizinischer und insbesondere auch medizinisch-technischer Fortschritt erfordern*

Konzentration auf wenige Kernkompetenzen. Dabei ist entscheidend, dass durch "focused factories" bessere Qualität zu niedrigeren Kosten erreicht werden kann.

Insofern schlägt der BMC vor, das Merkmal "fachübergreifend" als Zulassungsvoraussetzung zu streichen. Wir beziehen uns insoweit auch auf den Vorentwurf zum VÄG vom 10.04.2006, der auf das Merkmal ausdrücklich verzichtet hatte, da „- eine Konkretisierung dieses Merkmals mit nicht überwindbaren Schwierigkeiten verbunden wäre und - dies in der Vergangenheit medizinisch nicht sinnvolle Kombinationen provoziert hat.“

## **Krankenhausarzt in MVZ**

### **§ 20 Abs. 2 (Zahn)ÄrzteZV**

Die gesetzliche Möglichkeit der Tätigkeit in oder der Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für Vertragsärzte erweitert die Gestaltungsoptionen sowohl für Ärzte als auch für die zugelassenen Einrichtungen; d.h. Krankenhausärzte können in einem MVZ angestellt sein (Siehe auch unter 1.).

*Hierdurch kann sektorübergreifende Versorgung gefördert werden, was von Grundsatz her zu begrüßen ist.*

*Allerdings stellt die Gestaltung der Arbeitsbedingungen z.B. hinsichtlich Weisungsbefugnis, Haftung, Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfung eine erhebliche Herausforderung dar.*

*Zu fragen ist auch, warum die Öffnung auf Krankenhausärzte beschränkt wird und z.B. nicht auch auf Werks- und Betriebsärzte erweitert wird, die nach der Rechtsprechung des BSG aus den gleichen Gründen wie Krankenhausärzte bisher nicht zugelassen werden können (BSG, Urteil vom 19.03.1997, Az.: 6 RKa 39/96 = BSGE 80, 133f).*

*Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass mit der gesetzlichen Regelung des § 20 Abs. 2 (Zahn)ÄrzteZV das Vorhandensein einer Interessenkollision im Zusammenhang mit der gleichzeitigen Tätigkeit im Krankenhaus und in der Niederlassung nicht ausgeräumt wird. Auch nach der Änderung des § 20 Abs. 2 (Zahn)ÄrzteZV darf es daher keine tatsächliche Leistungsverlagerung aus nicht sachgerechten (z.B. budgetrelevanten) Gründen je nach persönlichem Interesse des Arztes geben. Ebenso darf kein Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit und den Praxisbetrieb durch vertragliche Vereinbarungen mit dem Krankenhaus erfolgen (vgl. BSG, Urteil vom 05.11.1997, Az.: 6 RKa 52/97, MedR 1998, S. 279). Andernfalls besteht die Gefahr, dass durch die Liberalisierung unsachgemäße Verlagerungen von Leistungen in das jeweils andere Budget der herkömmlichen sektoral getrennten ambulanten und stationären Versorgung stattfinden.*

*Es erscheint deshalb sinnvoll, insoweit ergänzende Regelungen in den Bundesmantelverträgen zuzulassen. Weiterhin ist durch honorartechnische Anpassungen auch dafür zu sorgen, dass diese Regelung nicht zum Unterlaufen des Belegarztwesens führt.*

## **Haftung für Verbindlichkeiten eines MVZ**

### **§ 95 Abs.2 Satz 6 SGB V**

Die selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung von Gesellschaftern eines medizinische Versorgungszentrums für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen als Zulassungsvoraussetzung sollen sowohl die Mitglieder einer KV als auch die Versichertengemeinschaft einer Krankenkasse vor Kosten geschützt werden, die sie nicht zu verantworten haben und die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden.

Hierdurch werden MVZ anders behandelt als Gemeinschaftspraxen, für die es diese Vorschrift nicht gibt. Im VÄndG ist besonders die Gleichstellung von Gemeinschaftspraxis und MVZ beabsichtigt. Bevor hiermit eine nicht unerhebliche Hürde für eine MVZ-Gründung und die Ungleichbehandlung mit einer Gemeinschaftspraxen ins Gesetz geschrieben werden, sollte die Regelung unter diesen Aspekten noch einmal überdacht werden.

### **3. Weitere Regelungen**

#### **Verlängerung der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung**

##### **§ 140 b und d SGB V**

*Die Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung ist grundsätzlich zu begrüßen, da auf diese Weise die Bereitstellung der erforderlichen Finanzmittel durch die Krankenkassen erleichtert bzw. ermöglicht wird, solange keine andere praktikable Regelung zur Budgetbereinigung besteht.*

Allerdings erscheint der Verlängerungszeitraum nur bis in das Jahr 2007 zu kurz. Eine Verlängerung der Anschubfinanzierung bis zum 31.12.2008 wäre sinnvoller, weil dann die Anschubfinanzierung durch ein neues Vergütungssystem abgelöst werden kann, das die Morbidität berücksichtigt.

Voraussetzung für die Gewährung einer Anschubfinanzierung sollten klarere Regelungen für die Vergabe sein, wie beispielsweise die Offenlegung der Qualitätsziele und der Kriterien, an Hand derer die Erreichung von Qualitätszielen nachgeprüft werden und den Versicherten zugänglich gemacht werden kann – gegebenenfalls durch vergleichende externe Qualitätsprüfung.

#### **Lockerung der Altersgrenze bei Unterversorgung**

##### **§ 95 Abs. 7 SGB V, § 25 (Zahn)ÄrzteZV**

Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellt, dass in einem bestimmten Gebiet eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht, wird die Altersbegrenzung durch das 55. Lebensjahr für Erstzulassungen und ärztliche Tätigkeiten durch Vollendung des 68. Lebensjahres befristet aufgehoben. Diese Regelung endet spätestens sechs Monate nach Aufhebung der Feststellung der Unterversorgung.

Angesichts der Entwicklung der Arztzahlen und des geringen Versorgungsgrades in einzelnen Gebieten hält der BMC die Zulassungsgrenze bei Vollendung des 55. Lebensjahres und die Ausschlussgrenze bei Vollendung des 68. Lebensjahres für nicht mehr zeit- und sachgerecht. Beide Altersgrenzen sollten generell aufgehoben werden.

#### **Sozialdaten für Erfüllung der Aufgaben der KVen**

##### **§ 285 Abs. 3 SGB V**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten auf Anforderung untereinander übermitteln, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist.

*Diese Regelung ermöglicht den KVen die Erfüllung ihrer ordnungspolitischen Aufgaben insbesondere bei überörtlichen KV-übergreifenden vertragsärztlichen Berufsausübungs-*

*gemeinschaften (Abrechnung, Vergütung, Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen).*

### **Risikostrukturausgleich**

#### **§ 268 SGB V**

Die Einführung eines weiter entwickelten RSA (Morbi-RSA) wird vom 1. Januar 2007 auf den 1. Januar 2009 verschoben

*Diese Terminverschiebung um zwei Jahre muss bedauerlicherweise unter der Voraussetzung in Kauf genommen werden, dass ein Morbi-RSA abgekoppelt von den anderen Finanzierungselementen (Fond, DRGs, neue Honorarstruktur der Vertragsärzte) Verwerfungen ergeben würde, die nur schwer aufgefangen werden können.*

*Dennoch wird auf die Notwendigkeit der sachgerechten Weiterentwicklung des RSA als Wettbewerbsvoraussetzung hingewiesen. Auf eine weitere ausführlichere Diskussion der RSA-Problematik wird jedoch an dieser Stelle verzichtet.*

Bundesverband Managed Care e.V.  
Berlin, den 12.10.2006