

Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG)

[Bundestags-Drucksache 16/2474]

A. Allgemeines

I.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung befürwortet grundsätzlich die vorgesehenen Veränderungen in der Möglichkeit der Berufsausübung für Vertragsärzte sowie die Regelungen, welche die besseren Einzugsmöglichkeiten für die Praxisgebühr betreffen, da das bisherige bürokratische Verfahren die Durchsetzung entsprechender Zahlungsansprüche praktisch lahm legt.

Für die Kassenärztliche Bundesvereinigung stehen im Vordergrund die Regelungen zur Flexibilisierung der Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung. Sie stellen sicherlich – dies hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung auch gefordert – geeignete Lösungen dar, um angesichts der Konkurrenz von Medizinischen Versorgungszentren und zunehmend auch von Krankenhäusern in der ambulanten Versorgung den freiberuflich tätigen Vertragsärzten eine Ausgangslage für einen vor allem in der Qualität der Versorgung liegenden Wettbewerb zu schaffen. Wie sich aus der Einzelstellungnahme ergibt, bedarf es der Anpassung der vorgesehenen Regelungen an das fortbestehende System der Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkung; deshalb sind auch notwendige Ermächtigungen an die Bundesmantelvertragspartner erforderlich, um die entsprechende Implementation neuer Versorgungsstrukturen geordnet voranzubringen.

Dennoch muss die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen grundsätzlichen Vorbehalt zu dem vorgesehenen Gesetzesvorhaben machen. Denn die „Liberalisierung“ des Vertragsarztrechts im Hinblick auf Tätigkeiten an verschiedenen Orten, Anstellung von weiteren Ärzten,

auch solchen einer unterschiedlichen Facharztkompetenz, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften sowohl innerhalb des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung als auch bereichsübergreifend sowie die Möglichkeiten der Teilzulassung und damit verbundene Tätigkeiten in weiteren Bereichen, muss unter dem Blickwinkel gesehen werden, dass nach wie vor eine budgetierte Gesamtvergütung besteht. Auf dieser Grundlage ist eine Steuerung des notwendigen Versorgungsbedarfs nicht möglich, da mit den angebotenen Veränderungen zusätzliche Leistungen an verschiedenen Orten nicht ausgeschlossen werden können. Die Liberalisierung der Vertragsarztstätigkeit und der Tätigkeit von Medizinischen Versorgungszentren muss von einer vernünftigen Vergütungsstruktur begleitet werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert eine solche Vergütungsstruktur schon seit langem. Es geht hierbei nicht nur um die Kalkulierbarkeit des Preises ärztlicher Leistungen für den Vertragsarzt, sondern auch um die Steuerungsfähigkeit des Versorgungssystems. Dies kann nur eine Gebührenordnung mit festen Preisen leisten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann bisher nicht erkennen, dass der Gesetzgeber dem entsprechen will. Wir weisen deshalb ausdrücklich darauf hin, dass wir Zweifel haben, dass die vorgesehene Liberalisierung der Vertragsarztstätigkeit – sofern sie Gesetz wird – in einer der politischen Motivation entsprechenden Weise umgesetzt werden kann. Ohne begleitende passgenaue Vergütungsregelungen geht es nicht.

II.

Erste Prüfungen des Gesetzentwurfs haben ergeben, dass das Gesetz erhebliche Auswirkungen im Hinblick auf die untergesetzliche Normgebung haben wird. An verschiedenen Stellen des Gesetzentwurfs wird eine entsprechende Ermächtigung an die Vertragspartner der Bundesmantelverträge ausgesprochen. Allein dies ist nicht der erschöpfende Regelungsbedarf. Vielmehr ist es notwendig, in verschiedenen Bereichen mehr oder minder umfangreiche Veränderungen vorzunehmen. Dies betrifft vor allem:

- die Bundesmantelverträge,
- Vereinbarungen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,
- den Einheitlichen Bewertungsmaßstab einschließlich der entsprechenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses, die sich auf Regelleistungsvolumen beziehen,
- die Richtlinien zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und Richtigkeitsprüfung gemäß § 106 Abs. 2b sowie § 106a Abs. 6 SGB V,
- Regelungen über den Datenträgeraustausch,

- Regelungen zur Durchführung der KV-bereichsübergreifenden Berufsausübung im Hinblick auf Abrechnung der Honorare, Richtigkeitsprüfungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätsprüfungen sowie
- Prüfung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu beschließenden Richtlinie über die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung ebenso wie der „Angestellte-Ärzte-Richtlinie“ im Hinblick auf notwendige Veränderungen.

Diese Prüfungen haben ergeben, dass bei einem Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. Januar 2007 entsprechende Normsetzungen nicht leistbar sind. Treten aber die untergesetzlichen Normen nicht rechtzeitig in Kraft, entsteht damit in verschiedener Hinsicht Rechtsunsicherheit.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben deshalb gemeinsam in einem Schreiben an das Bundesministerium für Gesundheit auf diesen Sachverhalt hingewiesen und gefordert, dass die diesen Sachverhalt betreffenden Vorschriften erst zum 1. Juli 2007 in Kraft gesetzt werden (dies betreffe mithin nicht andere Teile des Gesetzentwurfs).

B. Zum Gesetzentwurf

I.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat bereits Gelegenheit gehabt, bei der Entwicklung des Referentenentwurfs Hinweise zur Ausgestaltung verschiedener Vorschriften einzubringen, welche auch aufgegriffen worden sind.

II.

Dessen ungeachtet hält die Kassenärztliche Bundesvereinigung nach wie vor einige Ergänzungen für erforderlich. Dazu gehören:

1. Angestellte Ärzte

- a) Vertragärzte können gleichzeitig auch als angestellter Arzt in einem Krankenhaus arbeiten. Eine gleichzeitige Tätigkeit im Krankenhaus bewirkt keine Un-

geeignetheit für die vertragsärztliche Tätigkeit im Sinne von § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV (vgl. § 20 Abs. 2 –neu- Ärzte-ZV). Damit kann auch die Möglichkeit der „Teilzulassung“ (vgl. dazu nachstehend Nr. 3) für eine entsprechende gleichzeitige Tätigkeit genutzt werden. Die Vorschrift über die ausreichende zeitliche Verfügbarkeit bleibt bestehen (§ 20 Abs. 1 Ärzte-ZV).

Stellungnahme:

Die Regelung kann befürwortet werden. Sie wird allerdings zu einer Veränderung der Versorgungsstruktur in der ambulanten Versorgung deshalb führen, weil Träger von Krankenhäusern Krankenhausärzte motivieren können, durch die Zulassung als Vertragsarzt mit Teilauftrag tätig zu werden, um einen unzulässigen Schritt in die Öffnung zur ambulanten Versorgung gehen zu können. Es ist daher zu prüfen, ob die gleichzeitige Ausübung von Tätigkeiten als angestellter Krankenhausarzt und Vertragsarzt (ggf. mit Teilauftrag) – entsprechend auch die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum – i.S. des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV zumindest dann „Ungeeignetheit“ herbeiführt, wenn für die Vertragsarztpraxis des Krankenhausarztes der Krankenhausträger oder der Träger des Medizinischen Versorgungszentrums einen Defizitausgleich vornimmt, so dass eine notwendige wirtschaftlich selbständige Tätigkeit für die Vertragsarztpraxis nicht gegeben sein kann. Die generelle Inkompatibilität zwischen Vertragsarztpraxis und Krankenhausarztpraxis ist bisher stets damit begründet worden, dass Rückwirkungen auf die Arztwahlfreiheit des Versicherten zu befürchten sind. Der Belegarzt, bei dem eine gleichzeitige ambulante und stationäre Versorgung bei demselben Versicherten erlaubt ist, wird als eine Sonderregelung im System der Versorgung angesehen. Im Hinblick auf nicht auszuschließende Interessenkonflikte im einzelnen schlägt die Kassenärztliche Bundesvereinigung – unbeschadet der Zustimmung zur Regelung insgesamt – vor, dass in Art. 5 Nr. 6 = § 20 Ärzte-ZV nach dem vorgesehenen ergänzenden Satz wie folgt ergänzt wird:

„Voraussetzung ist, dass die vertragsärztliche Versorgung am Vertragsarztsitz gewährleistet ist und nach der Art der gleichzeitigen Tätigkeit in einer in Satz 2 genannten Einrichtung nachteilige Auswirkungen auf die Arztwahlfreiheit der Versicherten nicht zu erwarten sind.“

Der Zulassungsausschuss kann zur Sicherung dieser Voraussetzung mit der Zulassung Auflagen verbinden.“

- b)** In Entsprechung zu der Regelung über Medizinische Versorgungszentren wird einem Vertragsarzt, der seine Praxis aufgeben will (Verzicht), die rechtliche Möglichkeit eingeräumt, als angestellter Arzt bei einem anderen Vertragsarzt tätig zu werden (Anspruch auf Genehmigung der Anstellung), auch wenn für das Fachgebiet Zulassungsbeschränkungen bestehen. Ebenso in Entsprechung zur Regelung über Medizinische Versorgungszentren wird einem Vertragsarzt gestattet, die Stelle eines angestellten Arztes bei dessen Ausscheiden nachzubesetzen, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind (§ 103 Abs. 4b –neu- SGB V). Nicht gleichsinnig übernommen ist die für Medizinische Versorgungszentren geltende Regelung (§ 104 Abs. 4a Satz 4 SGB V), wonach ein in einem Medizinischen Versorgungszentrum erstmalig angestellter Arzt nach mindestens fünf Jahren eine Zulassung als Vertragsarzt in dem Planungsbereich erhalten kann, in dem das Medizinische Versorgungszentrum seinen Sitz hat, auch wenn für diesen Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.

Stellungnahme:

Der Anspruch auf Genehmigung einer Anstellung als Arzt in einer Vertragsarztpraxis bei gleichzeitigem Verzicht auf die eigene vertragsärztliche Tätigkeit stellt auch für Vertragsärzte eine Chance dar, in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Gebiet einen Arzt anstellen zu können. Unter dem Aspekt der gleichen Wettbewerbsbedingungen mit Medizinischen Versorgungszentren ist auch die Nachfolgebesezungsregelung zu befürworten.

Die für Vertragsärzte mit Blick auf angestellte Ärzte wichtige, aber nicht aus dem Rechtskreis der Medizinischen Versorgungszentren übernommene Regelung, wonach die „erste Generation“ der angestellten Ärzte nach fünf Jahren auf Antrag eine bedarfsunabhängige Zulassung erhält (wobei die freigewordene Arztstelle vom Medizinischen Versorgungszentrum wiederbesetzt werden kann), ist auf Kritik gestoßen. Sie war Gegenstand einer ablehnenden EntschlieÙung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 09.12.2005 gewesen. In dieser Regelung wird eine Möglichkeit der Vermehrung von Arzttätigkeit gesehen, wenn nicht nur ein Nachbesetzungs-

recht, sondern auch zusätzlich die Einbringung der Zulassung des gerade sich niederlassenden Arztes in das Medizinische Versorgungszentrum erfolgt. Eine Gleichstellung von MVZ und Vertragsarztpraxen muss daher auch in diesem Punkt das Ziel sein. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung tritt entsprechend der EntschlieÙung der Vertreterversammlung für die Streichung der Vorschrift des § 103 Abs. 4a Satz 4 SGB V ein.

- c) Die vorgesehene Regelung über die Anstellung von Ärzten in Verbindung mit den Vorschriften der Ärzte-ZV gestattet auch die Möglichkeit, dass ein Vertragsarzt Ärzte einer anderen Facharztkompetenz als derjenigen, welche er selbst innehat, anstellen kann. Dies wirft in verschiedener Hinsicht Fragen auf, die insbesondere auch das Problem betreffen, dass mittels solcher angestellten Ärzte medizinisch-technische Leistungen in die Arztpraxis, welche sie bisher nicht erbringen konnte, einbezogen werden. Es handelt sich um das ähnliche Problem, das § 33 Ärzte-ZV (vgl. Art. 5 Nr. 11 des Gesetzentwurfs) mit möglichen Zusammenschlüssen von „überweisenden“ Ärzten mit solchen Ärzten, welche die „überwiesenen“ medizinisch-technischen Leistungen erbringen, zu Gemeinschaften darstellt, was eine Umgehung auch berufsrechtlicher Verbote der Zuweisung gegen Entgelt darstellen kann. Der Gesetzentwurf sieht dementsprechend in der Vorschrift des § 33 Abs. 3 Ärzte-ZV vor, dass solche Teilgemeinschaften sich nicht auf die Verbindung von Ärzten mit Ärzten, die medizinisch-technische Leistungen erbringen, erstrecken dürfen. Eine ähnliche Konfiguration gibt es – wie zuvor beschrieben – auch für die Vertragsarztpraxis mit angestellten Ärzten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert dementsprechend die Möglichkeit, durch bundesmantelvertragliche Regelungen abzusichern, in welchem Umfang und für welche Patientenprobleme angestellte Ärzte anderer Facharztkompetenz als derjenigen des Fachgebiets des Praxisinhabers in der Vertragsarztpraxis tätig werden dürfen. Es bedürfte daher an geeigneter Stelle eine Ergänzung, die folgendes vorsieht:

„Nähere Regelungen zur Zahl, zu beteiligungsfähigen Fachgebieten sowie zur Art des Zusammenwirkens sind in den Bundesmantelverträgen zu treffen.“

2. Tätigkeit an weiteren Orten (insbesondere § 24 Ärzte-ZV)

- a) Nach dem maßgeblichen ärztlichen Berufsrecht ist es einem Arzt auch gestattet, in einer weiteren Berufsausübungsgemeinschaft – entweder als daneben grundsätzlich am Vertragsarztsitz tätiger Vertragsarzt oder als Mitglied einer zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Berufsausübungsgemeinschaft – tätig zu werden. Diese Möglichkeit sollte für die vertragsärztliche Versorgung nicht eingeschränkt werden. Vertragsarztrechtlich ist dieser Fall zu behandeln wie eine „Zweigpraxis“. Es bedarf deshalb der Ergänzung des § 24 Ärzte-ZV (Art. 5 Nr. 7 VÄndG = § 24 Ärzte-ZV) durch Einschub eines weiteren Absatzes – hier: 4a –, der wie folgt lauten müsste:

„(4a) Soll eine weitere vertragsärztliche Tätigkeit nach Absatz 3 in einer Berufsausübungsgemeinschaft nach § 33 Abs. 2 ausgeübt werden, gelten Absätze 3 und 4 entsprechend. Satz 1 gilt nicht für den Fall der Bildung einer Teilgemeinschaftspraxis oder überörtlichen Gemeinschaftspraxis nach § 33 Abs. 2 Sätze 2 bis 4, es sei denn es handelt sich um die Beteiligung an einer weiteren Teilgemeinschaftspraxis oder überörtlichen Gemeinschaftspraxis. Die Genehmigungsvoraussetzungen des § 33 Abs. 2 bleiben unberührt.“

- b) Da ein Arzt in zwei Medizinischen Versorgungszentren tätig werden kann, die in verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen liegen (dieser Fall existiert bereits: Brandenburg und Berlin), muss er auch in zwei Arztregister eingetragen sein. Deshalb ist es notwendig, dass im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz berücksichtigt wird, dass § 4 Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV ("Die Eintragung in ein weiteres Arztregister ist nicht zulässig.") zu streichen ist.

3. „Teilzulassung“ (insbesondere Art. 5 Nr. 5, Nr. 6 = § 19a, § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV)

Da der sich aus der Zulassung ergebende Versorgungsauftrag eines Vertragsarztes oder Vertragspsychotherapeuten von einer vollzeitigen Tätigkeit ausgeht, ist zur Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten (insbesondere auch für Ärztinnen und Psychotherapeutinnen) sowie zur besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen die Möglichkeit vorgesehen, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer hauptberuflichen Tätigkeit beschränken

zu können (sog. Teilzulassung).

Stellungnahme:

Die Regelung ist – sie wurde seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgeschlagen – zu befürworten. Versorgungspolitisch ist der Einwand zu diskutieren, dass auf diese Weise faktisch i.V.m. mit der Neuregelung, dass die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und Krankenhausarzt nicht ausgeschlossen ist, eine Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung geschaffen wird, indem Vertragsärzte mit hälftigem Versorgungsauftrag gleichzeitig in einem Krankenhaus tätig sind (ggf. eine Vertragsarztpraxis auf dem Krankenhausgelände führen). Es erscheint nicht ausgeschlossen, dass sogar die Investitionen für die Vertragsarztpraxis, für welche ein hälftiger Versorgungsauftrag auch ökonomisch möglicherweise nicht ausreichend ist, vom Krankenhausträger aus eigennützigen Zwecken übernommen werden. Hier müssten ggf. „Transparenzvorschriften“ in dem Sinne helfen, als – in Ergänzung der jetzigen Vorschläge – eine gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und Krankenhausarzt anzeigepflichtig ist und eine Selbsterklärung des Vertragsarztes verlangt wird, ob die Vertragsarztpraxis vom Krankenhausträger finanziert wird. Es sollte in § 20 Abs. 2 - neu - Ärzte-ZV, wo die gleichzeitige Tätigkeit nunmehr zugelassen wird, ferner eine Regelung aufgenommen werden, wie sie die Kassenärztliche Bundesvereinigung zuvor unter I.1a) vorgeschlagen hat (s. Seite 2). Wir verweisen im übrigen auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 17.08.2004 (1 BvR 378/00) über die Möglichkeit der Konkurrentenklage des Vertragsarztes bei rechtswidriger Ermächtigung von Krankenhausärzten, wo das Bundesverfassungsgericht für die derzeitige Vergütungssituation im Vertragsarztrecht (Budgets) dem Vertragsarztstatus in gewissem Umfang – wegen der budgetierten Gesamtvergütung – Konkurrenzschutz zuweist.

Auch wenn die Kassenärztliche Bundesvereinigung grundsätzlich Tätigkeiten sowohl als Vertragsarzt als auch als Krankenhausarzt oder als Vertragsarzt im Krankenhaus als eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ansieht, bedarf es auch einer Stärkung der Möglichkeiten von Vertragsärzten, stationäre Leistungen zu erbringen. Aus diesem Grunde verbindet die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit ihrer Zustimmung zu den Vorschlägen über die „Teilzulassung“ sowie den neuen § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV die – nachstehend unter 4.) dargestellte – Forderung, die Möglichkeit der Praxisklinik zu stärken, wie sie seinerzeit schon einmal in einem Gesetzentwurf als § 116a SGB V (Praxiskliniken) vorgesehen war (vgl. Entwurf eines Gesetzes zur

Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 - Krankenhausneuordnungsgesetz 1997 – BT-Drucksache 13/3062 vom 22.11.1995). Die Vorschrift ist allerdings nicht Gesetz geworden.

4. Praxisklinik

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schlägt aus den vorstehend beschriebenen Gründen der „Balance“ in der Wettbewerbssituation zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren im ambulanten Bereich vor, dass das Institut der Praxisklinik gesetzlich verankert wird. Neben der Definition der Praxisklinik als einer Einrichtung mehrerer in Berufsausübungsgemeinschaft zusammenwirkender Vertragsärzte, in denen Versicherte ambulant und stationär versorgt werden können, wobei die Dauer der stationären Versorgung vier Tage nicht überschreiten darf, sind Regelungen vorzusehen, die durch Verträge mit Krankenkassen auch die Vergütung regeln.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schlägt deshalb vor, in das SGB V in Wiederaufnahme einer Idee aus dem Jahre 1997 im Zusammenhang mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 – Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997) – BR-Drs. 13/3062 – folgenden § 116c in das SGB V einzufügen:

Nach § 116b wird folgender neuer § 116c eingefügt:

„§ 116c

(1) Praxiskliniken sind Einrichtungen mehrerer in gemeinsamer Berufsausübung zusammenwirkender Vertragsärzte, in denen Versicherte ambulant und stationär versorgt werden können. Je Vertragsarzt sind bis zu vier Betten zulässig. Praxiskliniken sind keine Einrichtungen im Sinne des § 107.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit Praxiskliniken Verträge über stationäre Leistungen abschließen. Für die Kündigung von Verträgen gilt § 110 Abs. 1 Satz 1 und 2 entsprechend.

(3) Die ärztlichen Leistungen in der Praxisklinik sind Bestandteil der vertrags-

ärztlichen Versorgung und werden aufgrund besonderer Vereinbarungen vergütet.“

5. Teilgemeinschaftspraxis

Die sog. „Teilgemeinschaftspraxis“ stellt für die vertragsärztliche Versorgung – unbeschadet ihrer berufsrechtlichen Zulässigkeit – insofern ein Problem dar, als der Vertragsarzt entsprechend seinem Vertragsarztstatus gehalten ist, an seinem Vertragsarztsitz alle Leistungen seines Fachgebiets „vorzuhalten“; dementsprechend kommen Ausgliederungen von einzelnen Leistungen i.V.m. einem anderen Vertragsarzt nur begrenzt in Betracht. Es ist fraglich, in welchem Umfang die Formulierung in § 33 Ärzte-ZV gestattet, entsprechende Einschränkungen der Vertragsarztstätigkeit zum Zwecke der Ausübung einer Teilgemeinschaftspraxis vorzunehmen. Aus unserer Sicht ist es auch zweckmäßig, dass die Bundesmantelvertragspartner eine Regelung über bestimmte Kombinationen von speziellen Leistungen festlegen, bei denen eine Teilgemeinschaftspraxis vertragsarztrechtlich zulässig ist. Ansonsten ist eine sinnvolle Versorgungsstruktur nicht aufrechtzuerhalten. Solche Kombinationen können beispielsweise in speziellen Teilgemeinschaftssprechstunden für Versorgungsbedürfnisse vorgesehen werden, die das Mitwirken der sich zu einer Teilgemeinschaftspraxis verbindenden Ärzte notwendig machen (z.B. Kinderarzt/Psychiater; Kinderarzt/Neurologe; subspezialisierte Internisten für bestimmte Versorgungsaufgaben) Im übrigen ist die in § 33 Ärzte-ZV vorgesehene Einschränkung, wonach eine Teilgemeinschaftspraxis mit Ärzten, die als „Überweiser“ für bestimmte medizinisch-technische Leistungen in Betracht kommen, zu befürworten, da hier in aller Regel eine Umgehung des berufsrechtlichen Verbots der Zuweisung gegen Entgelt liegt.

Eine Formulierung, die an geeigneter Stelle in den Text einzufügen ist, könnte lauten:

„Ferner ist die gemeinsame Berufsausübung bezogen auf einzelne Leistungen nur unter Berücksichtigung des mit der Versorgungsauftrag des zugelassenen Vertragsarztes verbundenen Pflicht zur grundsätzlichen Erbringung der Leistungen im Rahmen seiner Facharztkompetenz zulässig; die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag einheitlich und gemeinsam das Nähere über die vertragsärztlichen Leistungen, welche in dieser Berufsausübungsform erbracht werden können sowie über die Höchstzahl der daran teilnehmenden Ärzte.“

6. Anschubfinanzierung (§ 140d SGB V)

Die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung wird um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2007 verlängert.

Stellungnahme:

Die Verlängerung der Anschubfinanzierung wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hingenommen. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass hiermit zugleich eine Verbesserung der Auskunft- und Rechnungslegungspflichten der Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführt werden muss. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung steht auf dem Standpunkt, dass die die Gesamtvergütung kürzende Krankenkasse in jedweder Hinsicht über den Vertragsgegenstand, die Vertragspartner und die damit verbundenen Ausgaben rechnungslegungspflichtig ist. Ohne eine solche Klärung der rechtlichen Situation ist davon auszugehen, dass angesichts der Verlängerung der Frist auch im Hinblick auf drohende Verjährungen alle Kassenärztlichen Vereinigungen, denen klare Angaben zu IV-Verträgen vorenthalten werden, den Rechtsweg beschreiten werden und entsprechende Auskunft vor Gericht einklagen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schlägt deshalb folgende Ergänzung des § 140d SGB V vor:

In § 140d Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung hat die Krankenkasse, welche Mittel nach Satz 1 einbehält, der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen, welchen Inhalt der Vertrag nach § 140b hat, wer die Vertragspartner sind und wie die Vergütung geregelt ist. Über die Verwendung der einbehaltenen Mittel ist für jeden einzelnen Vertrag jahresbezogen und unter Angabe der Versorgungsfälle spätestens bis zum 31. März 2008 im einzelnen Rechnung zu legen.“

7. Sonstiges: Belegärztliche Versorgung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist darauf hingewiesen worden, dass – aufgrund der Vergütungsregelung für die stationären Leistungen durch Fallpauschalen –

in Verfolg der vorgesehenen Flexibilisierung im Bereich der gleichzeitigen Tätigkeit von Vertragsarzt und Krankenhausarzt, sei es sowohl im Verhältnis von Vollzulassung und zeitweiser Krankenhausarztstätigkeit, sei es im Verhältnis von Teilzulassung und weiterreichender Krankenhausarztstätigkeit, die belegärztliche Versorgung durch Belegärzte (Nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, welche mit einem Krankenhaus einen sogenannten Belegarztvertrag haben und die stationären Leistungen unmittelbar im Rechtsverhältnis zum Patienten erbringen; vgl. § 121 SGB V) beeinträchtigt wird, indem von den zuvor beschriebenen Kombinationsformen Gebrauch gemacht wird und Belegabteilungen aufgelöst werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung – unseres Wissens aber auch die Spitzenverbände der Krankenkassen – befürworten einen Fortbestand der belegärztlichen Tätigkeit. Es wäre deshalb unseres Erachtens notwendig, im Zusammenhang mit den angedeuteten Regelungen zu prüfen, wie einem entsprechenden Abbau der belegärztlichen Versorgung durch Belegärzte entgegengetreten werden kann. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung würde mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam entsprechende Vorschläge unterbreiten.

C. Zu Beschlüssen des Bundesrates und der entsprechenden Gegenäußerung der Bundesregierung

I.

Die Stellungnahme des Bundesrates zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 17. Juli 2006 (BR-Drs. 353/06 [Beschluss], vgl. auch BT-Drs. 16/2474 – Anlage 2) sowie die diesbezügliche Gegenäußerung der Bundesregierung (BT-Drs. 16/2474 – Anlage 3) geben Veranlassungen zu einigen ergänzenden Bemerkungen.

II.

Die nachstehend erwähnten Beschlüsse, insbesondere zur Praxisgebühr, zur sogenannten „Teilzulassung“, zum Vorrang des Berufsrechts sowie zur Beschäftigung von Hochschullehrern für Allgemeinmedizin und zur Praxisvertretung, sind aus der Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von Interesse.

1. **Praxisgebühr** (§ 43b Abs. 2 Satz 4 und Satz 4 - neu - bis 9 - neu - SGB V sowie § 192 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 SGG)

Das Kostenrisiko der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Einziehung und gerichtlichen Geltendmachung der Praxisgebühr soll weiter gemindert werden. Es soll ihnen ermöglicht werden, vorgerichtliche Mahnkosten, eine Verzinsung sowie die Kosten eines notwendig gewordenen Verwaltungsaktes geltend zu machen. Ferner soll ein Klagender die Verfahrenskosten auch dann tragen, wenn die Verweigerung der Zahlung unrechtmäßig war (also nicht nur bei „Missbrauch“).

Bewertung:

Den Vorschlägen ist aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zuzustimmen.

Demgegenüber kann die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Äußerungen in der Gegenäußerung der Bundesregierung (Nrn. 1 und 5), welche die Vorschläge des Bundesrates zurückweist, nicht zustimmen. Wer die tatsächlichen Verhältnisse beim Einzug der Praxisgebühr und die damit verbundenen Schwierigkeiten ihrer Durchsetzung – wenngleich erfreulicherweise nur in einer geringeren Zahl von Fällen – kennt, wird daraus die Schlussfolgerung ziehen, dass auch die mangelnde Durchsetzung in wenigen Fällen „Vorbildcharakter“ in negativem Sinne haben könnte und Veranlassung gibt, die Praxisgebühr gegebenenfalls nicht zu entrichten. Es ist daher unverständlich, wenn die aus durchaus akzeptablen Gründen für den Bereich der Sozialleistungen geltenden Grundsätze der Kostenfreiheit und der Gerichtskostenfreiheit auch auf diesen nicht vergleichbaren Sachverhalt übertragen werden.

2. **Sogenannte „Teilzulassung“**

Der Bundesrat schlägt aus der Einführung der Teilzulassung vor, Konsequenzen zu ziehen auch hinsichtlich der heute schon bestehenden Möglichkeiten, die Zulassung ruhen zu lassen oder zu entziehen, in dem Sinne, dass auch ein „hälftiges“ Ruhen oder eine „hälftige“ Entziehung möglich sein soll, und zwar unter den Voraussetzungen in denen bisher Ruhen und Entziehung angeordnet werden konnten.

Bewertung:

Den Vorschlägen kann zugestimmt werden.

3. Vorrang des Berufsrechts

Der Bundesrat schlägt vor, in § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V (Anstellung von angestellten Ärzten bei Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten) sowie in § 24 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV (Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit an weiteren Orten) sowie in § 33 Abs. 3 Satz 5 Ärzte-ZV (Überörtliche Gemeinschaftspraxen) jeweils den Vorrang des Berufsrechts durch eine entsprechende Einfügung des Vorbehalts landesrechtlicher Vorschriften über die Berufsausübung der Ärzte (Zahnärzte) oder Psychotherapeuten klarzustellen.

Bewertung:

Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kann der Ergänzung zugestimmt werden. Die in der Gegenäußerung der Bundesregierung (Nr. 3) getroffene Feststellung, dass „eventuell berufsrechtliche Zulässigkeitshindernisse unberührt“ bleiben – somit das Berufsrecht Vorrang hat – werfen Zweifel an der Sinnfälligkeit der im Gesetzentwurf vorgenommenen Streichungen der bisherigen Berufsrechtsvorbehalte („landesrechtliche Vorschriften“) auf.

4. Hochschullehrer für Allgemeinmedizin (§ 95 Abs. 9a Satz 1 SGB V - neu -)

Der Bundesrat schlägt eine Erweiterung der (bedarfsplanunabhängigen) Beschäftigung von Hochschullehrern für Allgemeinmedizin durch folgende Fassung vor: „Hochschullehrer und Wissenschaftliche Mitarbeiter in Instituten und Abteilungen für Allgemeinmedizin“.

Bewertung:

Der Vorschlag erweitert einerseits den in Betracht kommenden Personenkreis für eine bedarfsplanunabhängige und für den Versorgungsgrad nicht relevante Beschäftigung, andererseits wird der Personenkreis durch die Voraussetzung, welche im

Entwurf nicht so vorgesehen war, nämlich die abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin eingeschränkt.

5. Praxisvertretung

Durch eine Einfügung in § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV soll die Kassenärztliche Vereinigung in die Lage versetzt werden, bei Vertretungen, deren Dauer einen Monat überschreitet (innerhalb von 12 Monaten), beim Vertragsarzt oder beim Vertreter zu überprüfen, ob beim Vertreter die Voraussetzungen des § 32 Abs. 1 Satz 5 (Status als Vertragsarzt oder in das Arztregister eingetragener Arzt, damit Facharzt) und des § 21 Ärzte-ZV (keine Ungeeignetheit) vorliegt. Ferner soll eine Datenaustauschvorschrift für die Überprüfung entsprechender Vorgänge für die Kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen werden (§ 285 Abs. 3 SGB V).

Bewertung:

Im Hinblick darauf, dass der Vorschlag als „Kann“-Regelung ausgestaltet ist und die entsprechenden Daten verfügbar gemacht werden können, kann dem Vorschlag zugestimmt werden.

6. Prüfungsauftrag des Bundesrates hinsichtlich der Verordnungsermächtigung des § 98 Abs. 2 Nr. 4 SGB V in Bezug auf Gebührenregelungen

Der Bundesrat bezweifelt die ausreichende Tragfähigkeit der Ermächtigungsgrundlage für die Festsetzung der Gebührentatbestände in der Ärzte-ZV und bittet um entsprechende Prüfung, ob die Verordnungsermächtigung insoweit nicht konkretisiert werden kann.

Bewertung:

Da der Vorschlag einer rechtssichereren Gebührenerhebung in Zulassungssachen dient, kann ihm grundsätzlich zugestimmt werden (vorbehaltlich der entsprechenden Konkretisierung durch die Bundesregierung im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens, falls die Bundesregierung den Vorschlag aufgreift).

gez. Dr. Köhler