



BMZ Bundesverband
Medizinische Versorgungszentren
- Gesundheitszentren
- Integrierte Versorgung e.V.

BMVZ e.V. * Hebbelstraße 1A * 14467 Potsdam

Tel. 0331/2 328 410 Fax: 0331/2 328 445
E.-mail: bmvz@bmvz.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Vorsitzende, Frau Dr. Martina Bunge, MdB

Platz der Republik 1

11011 Berlin

Ihr Zeichen:

Unser Zeichen: S-P/Je.

Datum: 11. Oktober 2006

(14) Ausschuss für Gesundheit
Ausschussdrucksache

0017(12)

vom 11.10.2006

16. Wahlperiode

Stellungnahme des BMVZ e.V. - Bundesverband Medizinische Versorgungszentren - Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V. zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG) – BT-Drucksache 16/2474

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,
sehr geehrter Herr Dr. Faust,
sehr geehrte Damen und Herren,

zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz übermitteln wir Ihnen nachstehend die Stellungnahme unseres Verbandes.

I.

Der BMVZ e.V. befürwortet die klarstellerischen Regelungen hinsichtlich der medizinischen Versorgungszentren. Des Weiteren teilt der BMVZ e.V. das Ziel, die Liberalisierungen aus der MBO-Ä in der Ärzte-ZV einzubinden.

Vorstandsvorsitzender
Rainer Schwitalski
Tel.: 03542 / 8710

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank e G
Konto-Nr. 000 344 11 05
(BLZ 10090603)/ Steuer-Nr. 046/142/07421

Geschäftsführer
Rainer Jeniche
Tel.: 0331/ 2328410
www.bmvz.de

II.

Stellungnahme zu den einzelnen Vorschriften

Zu den einzelnen Vorschriften soll seitens des BMVZ e.V. wie folgt Stellung genommen werden:

1. Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

a) Zu Nr. 3 (§ 77 Abs. 3 SGB V)

Grundsätzlich befürwortet der BMVZ e.V. die Änderung in § 77 Abs. 3 SGB V. Die medizinischen Versorgungszentren selbst sind zurzeit nicht Mitglieder bei der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung. Dies ist nicht sachgerecht, denn die medizinischen Versorgungszentren übernehmen als Leistungserbringer die Funktionen als „Arzt“ innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung. Gerade in den Fällen, in denen medizinische Versorgungszentren in Form von juristischen Personen betrieben werden, ist es geboten, dass diese selbst auch Mitglied der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung werden. Nur so kann realisiert werden, dass die Interessen der medizinischen Versorgungszentren selbst innerhalb der Selbstverwaltung hinreichend Berücksichtigung finden.

Die Tatsache, dass zwar die angestellten Ärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum Mitglieder der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung sind, ist für die Vertretung der medizinischen Versorgungszentren innerhalb der vertrags(zahn)ärztlichen Selbstverwaltung als nicht ausreichend anzusehen. Ein angestellter Arzt ist hinsichtlich der Mitgliedschaft in der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung bei der Ausübung seiner mitgliedschaftlichen Rechte nicht den Weisungen des Arbeitgebers – medizinisches Versorgungszentrum – unterworfen. Der Arbeitgeber ist jedoch verpflichtet, eine ausreichende wirtschaftliche Grundlage für seine angestellten Ärzte zu schaffen. Dann ist es auch folgerichtig, wenn ein medizinisches Versorgungszentrum selbst Mitglied der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung wird. Im Übrigen hat die Vergangenheit gezeigt, dass medizinische Versorgungszentren hinsichtlich der wirtschaftlichen Relevanz ihre Erfahrungen und Kenntnisse von kooperativen und integrativen Versorgungsstrukturen in die (zahn)ärztliche Selbstverwaltung unmittelbar mit einbringen sollten.

Ferner entspricht es der Gleichbehandlung von Vertragsärzten und medizinischen Versorgungszentren, sie auch bei der Mitgliedschaft gleich zu behandeln.

b) Zu Nr. 5 (§ 95 SGB V)

- Zu Buchstabe a

Der BMVZ e.V. bestätigt die praktischen Probleme mit dem Wort „fachübergreifend“. Die jetzt vorgenommene Änderung ist im Verhältnis zum Referenten-Entwurf jedoch nicht weitgehend genug. Zwar wird begrüßt, dass der Begriff des „fachübergreifend“ präzisiert wird, dennoch hält der BMVZ es für sinnvoll und sachgerecht, das Wort „fachübergreifend“ in § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V gänzlich zu streichen und auf die weitere Präzisierung zu verzichten.

Durch einen Verzicht der Präzisierung bei gleichzeitiger Streichung des Begriffs „fachübergreifend“ wird gewährleistet, dass auch im vertragszahnärztlichen Bereich medizinische Versorgungszentren gegründet werden können. Die bisherige Ablehnungspraxis der Zulassungsausschüsse im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung macht es zwingend erforderlich, das „fachübergreifende“ zu streichen.

Die Einfügung eines neuen Satz 3 in § 95 Abs. 2 SGB V wird vom BMVZ für sinnvoll gehalten. Dadurch wird auch die Möglichkeit geschaffen, medizinische Versorgungszentren interdisziplinär aus der vertragsärztlichen und der vertragszahnärztlichen Versorgung zu schaffen. Hier wird im Prinzip das Modell fortgeführt, das bereits bei Mund-Gesichts-Kieferchirurgen existiert, die sowohl für die vertragsärztliche als auch für die vertragszahnärztliche Versorgung eine Zulassung innehaben.

Als Konsequenz dieser kooperativen Zusammenarbeit von Ärzten und Zahnärzten innerhalb eines medizinischen Versorgungszentrums ist es jedoch noch erforderlich, dass die Zuständigkeitsvorschriften in der Ärzte-ZV entsprechend angepasst werden. Ansonsten könnte das Problem der Zuständigkeit zwischen den Zulassungsausschüssen für die vertragsärztliche Versorgung und für die vertragszahnärztliche Versorgung auftreten.

- Zu Buchstabe b

Diese Regelung ist als nicht erforderlich zu streichen. Bei juristischen Personen des privaten Rechts handelt es sich um eine eigenständige Konstruktion, die auch wegen der körperschaftlichen Struktur entsprechenden Konsequenzen steuerrechtlicher Natur unterworfen sind. Daher würde das weitere Fordern einer Bürgschaft den Sinn und Zweck dieser Gesellschaftsform zuwiderlaufen und eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung darstellen, da die Vorteile dieser Gesellschaftsform gestrichen werden ohne die existierenden steuerrechtlichen Nachteile zu beseitigen.

Unabhängig von den grundsätzlichen Bedenken bedarf diese Regelung noch einer inhaltlichen Überarbeitung:

- Nach der jetzigen Formulierung hat ein früherer Gesellschafter, unabhängig vom Zeitpunkt seines Ausscheidens, für sämtliche Forderungen zum Zeitpunkt der Liquidation der Gesellschaft über die Bürgschaft einzustehen. Sowohl bei der GbR als auch bei einer Partnerschaft greift jedoch § 160 HGB ein, die eine Haftungsbeschränkung beinhaltet. Diese Beschränkung der Haftung des ausgeschiedenen Gesellschafters ist nach der jetzigen Formulierung des § 95 Abs. 2 Satz 5 SGB V nicht gegeben.
- Des Weiteren fehlt der Bezug des Haftungstatbestandes auf den Zeitpunkt der Gesellschafterstellung. Es muss mithin geregelt werden, dass nur der Gesellschafter für den Zeitraum in Anspruch genommen werden kann, in dem er tatsächlich Gesellschafter war.

- Zu Buchstabe c

Die Schaffung von Halbtagsstellen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung ist sachgerecht. Hierbei ist es jedoch erforderlich, dass definiert wird, was mit einem „hälftigen Versorgungsauftrag“ gemeint ist. Dabei sollte nicht zwingend rein auf Zeitfaktoren abgestellt werden, vielmehr auch auf andere Kriterien z.B. Fallzahl-Begrenzungen, bezogen auf den Fachgruppendurchschnitt, Mengenkontingente für entsprechende Leistungen u.ä.

- Zu Buchstabe d

Die neu eingefügte Frist von sechs Monaten für die Wiederherstellung der Gründungsvoraussetzungen erscheint zu kurz zu sein. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass beispielsweise ein gründungsberechtigter Vertragsarzt plötzlich und unerwartet verstirbt, könnte im Einzelfall für das medizinische Versorgungszentrum die Schaffung der Gründungsvoraussetzungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nicht realisierbar erscheinen lassen. Es wird in diesem Zusammenhang ausdrücklich angeregt, die Frist auf 1 Jahr zu verlängern.

Zu Artikel 5 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

a) Zu Nr. 7 (§ 24)

Die Änderungen in § 24 Ärzte-ZV werden grundsätzlich befürwortet. Dennoch halten wir noch einige Änderungen für erforderlich.

Zunächst sollte zur Klarstellung besonders aufgenommen werden, dass die Tätigkeit an mehreren Orten auch für medizinische Versorgungszentren gilt. Zwar sieht § 1 Abs. 3 – neu – vor, dass die Ärzte-ZV auch für medizinische Versorgungszentren entsprechend gilt. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Vorschriften der MBO-Ä in die Ärzte-ZV übernommen werden sollen und ein medizinisches Versorgungszentrum nicht unmittelbar den Vorschriften der MBO-Ä unterliegt, sollte zur Klarstellung ein entsprechenden Verweis vorgenommen werden.

Die Übertragung der Regelungen von § 17 Abs. 2 MBO-Ä in § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV wird nicht identisch, vielmehr mit Modifikationen vorgenommen. Hierdurch entstehen wieder Verwerfungen zwischen dem Vertragsarztrecht und dem ärztlichen Berufsrecht, die zu erheblicher Rechtsunsicherheit führen können. Geht man in diesem Zusammenhang davon aus, dass das Berufsrecht die Grundlage auch für das Vertragsarztrecht ist, so würde die Regelung des § 17 Abs. 2 MBO-Ä im Gegensatz zu § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV stehen und die Ärzte wären an § 17 Abs. 2 MBO-Ä – bzw. dessen Umsetzung in die jeweiligen Berufsordnungen der Landesärztekammern – gebunden.

Die Regelung in Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 ist entbehrlich, sie entspricht auch nicht § 17 Abs. 2 MBO-Ä. Es wird letztlich wieder eine Bedarfsprüfung durchgeführt, die gerade nicht mehr berufsrechtlich gewollt ist; der Unterschied liegt lediglich bei der Frage der Genehmigung nach jetzigem Recht und der Untersagung nach neuem Recht. Die Vorschrift des § 17 Abs. 2 MBO-Ä wollte im Übrigen gerade nicht mehr die Differenzierung zwischen Zweigpraxis und ausgelagerten Praxisräumen vornehmen; die Aufgabe der Differenzierung ist auch sachgerecht, weil dadurch die in der Praxis häufig auftretenden Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen ausgelagerten Praxisräumen und Zweigpraxis beseitigt werden könnten. Des Weiteren würde durch Streichung von Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 der Abs. 4 entbehrlich werden.

Wenn die Regelungen von § 17 Abs. 2 MBO-Ä in die Ärzte-ZV übernommen werden sollten, was der BMVZ e.V. befürwortet, muss dies dann bei einem medizinischen Versorgungszentrum in der Form geschehen, dass die Tätigkeit an bis zu 3 Standorten pro Arzt gerechnet wird.

b) Zu Nr. 11 (§ 33)

• Zu Buchstabe b

Grundsätzlich wird auch hier die weitergehende Liberalisierung des Vertragsarztrechts befürwortet.

Bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften sollte jedoch nicht auf Grundlage einer vertraglichen Regelung von der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen der zuständige Zulassungsausschuss bestimmt werden, vielmehr dürfte es sachgerecht sein, die Regelungen für die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft bei mehreren Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen entsprechend anzuwenden. Hierdurch wird verhindert, dass die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft innerhalb eines Bereichs der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung auf eine Vereinbarung der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen warten muss, während bei einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis über die Bereiche der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung hinaus durch autonome Entscheidungen die Zuständigkeit des Zulassungsausschusses bestimmen könnte. Die Privilegierung einer Berufsausübungsgemeinschaft in mehre-

ren Bereichen von Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen ist insoweit nicht gerechtfertigt.

Des Weiteren ist innerhalb des § 33 Ärzte-ZV bzw. Zahnärzte-ZV eine Regelung dahingehend zu treffen, welcher Zulassungsausschuss zuständig ist bei einem medizinischen Versorgungszentrum mit beschäftigten Ärzten und Zahnärzten. Es besteht in diesem Zusammenhang ansonsten die Gefahr, dass beide Zulassungsausschüsse – sowohl für den ärztlichen Bereich als auch für den Bereich der Zahnärzte – ihre Zuständigkeit verneinen und deswegen das Ziel des Gesetzgebers aus der Änderung von § 33 Abs. 1 nicht realisiert werden kann.

III.

Stellungnahme des Bundesrates

- Zu Nr. 9 – Zu Artikel 6 Nr. 7 Buchstabe a (§ 24 Abs. 3 Satz 2, 3 und Satz 5 bis 8 Zahnärzte-ZV) und Nr. 11 Buchstabe b (§ 33 Abs. 2 Satz 2 und Absätze 3 Satz 2 bis 5 Zahnärzte-ZV):

Die Änderungsvorschläge sind in Übereinstimmung mit den Ausführungen der Bundesregierung aus den dort genannten Gründen abzulehnen.

- Zu Artikel 7

Die Änderungsvorschläge sind in Übereinstimmung mit den Ausführungen der Bundesregierung aus den dort genannten Gründen abzulehnen. Ferner ist sind die wirtschaftlichen Verhältnisse bei den Personen, die unter die Anwendung der GOÄ fallen in der gleichen Art und Weise wie in den alten Bundesländern. Es besteht daher keine Notwendigkeit auf die Anpassung zu verzichten. Auch in den anderen freien Berufen wie z.B. bei den Rechtsanwälten ist eine Angleichung der Vergütung zwischen Ost und West vorgenommen worden.

IV.

Weiterer Änderungsbedarf

1. Änderungen des SGB V

a) Flexibilisierung der Übertragung von Praxen bei medizinischen Versorgungszentren

Bisher ist innerhalb des SGB V lediglich die Vorschrift geregelt, dass ein Arzt seine Zulassung auf ein medizinisches Versorgungszentrum übertragen kann, um sich dort anstellen zu lassen (§ 103 SGB V). Eine ausdrückliche Regelung, wonach ein medizinisches Versorgungszentrum auch seine Zulassung an einen niederlassungswilligen Arzt, der sich weder im medizinischen Versorgungszentrum anstellen lassen noch mit dem medizinischen Versorgungszentrum kooperieren möchte, zu übertragen, hat bisher keinerlei ausdrückliche Regelung gefunden. Diese Regelung ist u.E. jedoch erforderlich, weil im Rahmen der Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit auch die Möglichkeit bestehen muss, dass ein medizinisches Versorgungszentrum an einen niederlassungswilligen Arzt die Zulassung überträgt. Bedarfsplanerisch ist dieser Weg unproblematisch, da keine neuen Vertragsarztsitze geschaffen werden.

Weiter ist die Möglichkeit zu schaffen, dass ein medizinisches Versorgungszentrum die Berechtigung der Beschäftigung für einzelne Ärzte auf ein anderes medizinisches Versorgungszentrum übertragen kann, um auch hier im Bereich der medizinischen Versorgungszentren eine größtmögliche Flexibilität zu erreichen.

b) Änderung von § 103 Abs. 4a Satz 4 SGB V

Die bisherige Praxis hat gezeigt, dass eine Vielzahl von medizinischen Versorgungszentren in überversorgten Bereichen – exemplarisch ist Berlin anzuführen - ausschließlich zu dem Zweck gegründet worden sind, um in der Zukunft aus rein ökonomischen Gründen über den Weg der Anstellung eine individuelle Vermehrung der Vertragsarztsitze zu erreichen. Dies hält der BMVZ e.V. aus versorgungspolitischen Gründen für nicht sachgerecht.

Dennoch wird nicht verkannt, dass die Entscheidung innerhalb des SGB V durch das GMG dem Grunde nach zu befürworten ist. Um die Anreize der Fehlsteuerung durch die Frist von 5 Jahren zu beseitigen ist es erforderlich, dass die Frist auf 10 Jahre verlängert wird.

Es existieren nach Auffassung des BMVZ hier auch keine verfassungsrechtlichen Bedenken, da durch die Verlängerung der Frist auf 10 Jahre zur Zeit keine Rechtspositionen tangiert sind; schließlich ist die Regelung noch nicht zur Anwendung gekommen. Die Hoffnung und Erwartung von MVZ-Gründern der Anwendung der 5-Jahres-Frist ist nicht schützenswürdig, da hier nicht in die unmittelbare Planungssicherheit der MVZ-Betreiber eingegriffen wird.

2. Änderungen der GOÄ/GOZ/GOP

Der Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und einem medizinischen Versorgungszentrum wird unmittelbar zwischen den Beteiligten geschlossen, insbesondere bei juristischen Personen des Privatrechts taucht hier die Frage auf, ob diese Leistungen nach der GOÄ in Abrechnung zu bringen sind. Zum Zwecke der Klarstellung sollte § 1 der GOÄ/GOZ/GOP entsprechend angepasst werden.

3. Änderungen des VVG

In § 4 Abs. 2 MB/KK ist vorgesehen, dass innerhalb der privaten Krankenversicherung die versicherte Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten hat. Dabei wird die Niederlassung eines Arztes im formalen Sinne als die öffentlich erkennbare Bereitschaft zur Ausübung des ärztlichen Berufes in selbstständiger Praxis an einem bestimmten Ort vorgesehen. Ferner wird eine juristische Person selbst niemals als Arzt „angesehen“. In der Praxis taucht immer wieder das Problem auf, ob die Tätigkeit von angestellten Ärzten insoweit eine ausreichende ambulante Tätigkeit im Sinne des von § 4 Abs. 2 MB/KK darstellt.

Da der Gesetzgeber nunmehr die Möglichkeiten der Anstellung eines Arztes wesentlich liberalisiert, ist es erforderlich, dass auch hier eine Anpassung der Vorschriften vorgenommen wird.

Da dies in den MB/KK nicht möglich ist, bedürfte es einer Anpassung in § 178b VVG.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Rainer Schwitalski
Vorstandsvorsitzender

gez. Rainer Jeniche
Geschäftsführer