

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0188(58)
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.
11
14.10.2011

Stellungnahme zu den die MVZ im Besonderen betreffenden Passagen des Gesetzesentwurfes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) - BT-Drucksache 17/6906

Eine Materialzusammenstellung des BMVZ e.V.
Stand Oktober 2011



Kontakt unter:

**Bundesverband Medizinische Versorgungszentren -
Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V.**

BMVZ e.V.

**Karl-Marx-Allee 3
10178 Berlin**

Ansprechpartner: _____

Herr Jörn Schroeder-Printzen – j.schroeder-printzen@bmvz.de
Frau Susanne Müller – s.mueller@bmvz.de

Tel.: 030 – 270 159 50

Fax: 030 – 270 159 49

www.bmvz.de

Stellungnahme zu ...

- Seite 1** Einschränkung der Änderung des Rechts- und Ordnungsrahmens für MVZ
- Seite 2** Ärztliche Leitung
- Seite 3** Änderungen der Kriterien für die Ermessensentscheidung im Nachbesetzungsverfahren
- Seite 5** Vorkaufsrecht der KVen im Nachbesetzungsverfahren
- Seite 8** Verlegungsvorbehalt für Arztsitze, wenn Versorgungsgesichtspunkte entgegenstehen
- Seite 10** Vorkaufsrecht im Nachbesetzungsverfahren für niedergelassene Vertragsärzte

Grundsätzliche Stellungnahme

Angesichts der tatsächlichen Versorgungsrealitäten und -bedarfe steht der BMVZ der geplanten einschränkenden Verschärfung des Rechts- und Organisationsrahmens der MVZ wegen grundsätzlicher Bedenken ablehnend gegenüber. Von daher schließt sich der Verband uneingeschränkt der Forderung des Bundesrates vom 23.9.2011 an, 'den bisherigen Rechtszustand hinsichtlich der Gründung und Organisation von MVZ fortgelten zu lassen.' (Vgl. *Bundesratsdrucksache 456/11*)

Detailstellungnahme

Änderung § 95 Absatz 1 SGB V

Einfügung eines Absatzes 1a in § 95 SGB V

Einschränkende Änderungen des Rechts- und Organisationsrahmens für MVZ

Dem Vorhaben der Bundesregierung, etablierte Trägerkreise ohne Vorliegen sachlich begründeter Notwendigkeiten die Gründereignung gesetzlich abzusprechen, sieht der BMVZ schwerwiegende verfassungs- und europarechtliche Bedenken entgegenstehen. Diese rechtlichen Bedenken sind objektiv schwerwiegend und werden unter Anderen vom Deutschen Anwaltsverein geteilt (Vgl. *DAV-Stellungnahme 35/2011*).

Diesbezüglich liegt der Bundesregierung ein umfangreiches, vom BMVZ in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten vor. Im Detail wird darin aufgezeigt und begründet, dass die Ungleichbehandlung von Leistungserbringern – wie gemäß des Gesetzesentwurfes vorgesehen – eine nicht zu rechtfertigende Verletzung der Berufsfreiheit (*Artikel 12 I GG*), der Vereinigungsfreiheit (*Artikel 9 I GG*) sowie des Gleichheitsgrundsatzes (*Artikel 3 I GG i.V.m. Artikel 12 I GG*) darstellt; und dass im Weiteren die geplanten Beschränkungen in der europarechtlichen Perspektive gegen die Niederlassungsfreiheit (*Artikel 49 AEUV*) in Verbindung mit dem allgemeinen Gleichheitsgrundsatz (*Artikel 20 EU-Grundrechtecharta*) verstoßen.

Einfügung in § 95 Absätze 1 und 6 SGB V

Ärztliche Leitung / Gewährleistung der faktischen und tatsächlichen Leitung in der medizinischen Versorgung durch Ärzte

Die vorgesehene ergänzende Formulierung, dass der Ärztliche Leiter eines MVZ in medizinischen Fragen weisungsfrei sein muss, hält der BMVZ für redundant, da die bindenden Vorgaben des Berufsrechtes die ärztliche Entscheidungsfreiheit bereits weitestmöglich sicherstellen und uneingeschränkt auch für MVZ-Ärzte und ärztliche Leiter gelten.

Aus der praktischen Erfahrung heraus scheint es dem BMVZ aber anstelle der vorgesehenen Regelung geboten, eine dringend notwendige Klarstellung bezüglich der Binnenstruktur der MVZ vorzunehmen, mit der Bedeutung und Funktion von Ärzten und Ärztlichen Leitern gegenüber dem gesellschaftsrechtlich Vertretungsberechtigtem eines MVZ eindeutig definiert werden.

Als Regelung wird folgende Formulierung als Ergänzung in § 95 SGB V vorgeschlagen:

¹Der Ärztliche Leiter vertritt die medizinischen Belange in der Leitung des medizinischen Versorgungszentrums.²Der Ärztliche Leiter ist in Ausübung dieser Aufgabe bei allen Fragen, die Diagnose, Therapie oder sonstige medizinische Belange betreffen, unabhängig und vom Träger weisungsfrei. ³Dem Ärztlichen Leiter obliegt die Sicherstellung der medizinischen Versorgung im medizinischen Versorgungszentrum, insbesondere

- 1. die Sicherstellung der Zusammenarbeit der Fachrichtungen**
- 2. die Koordination der ärztlichen und medizinisch-technischen Dienste sowie die Ausübung der ärztlichen Fachaufsicht**
- 3. die Sicherstellung der ärztlichen Aufzeichnung und Dokumentation**
- 4. die Organisation der kontinuierlichen Qualitätskontrolle der erbrachten Leistungen**
- 5. die Organisation der Fortbildung der nichtärztlichen Mitarbeiter.**

⁴In der unmittelbaren Patientenversorgung ist jeder behandelnde Arzt nach Maßgabe des ärztlichen Berufsrechts und der sonstigen einschlägigen Vorschriften weisungsfrei. ⁵Dem ärztlichen Leiter obliegt dabei die allgemeine Aufsicht gemäß Satz 3.

Ergänzung § 103 Abs. 4 SGB V

Änderung der Kriterien für die Ermessensentscheidung bei der Nachbesetzung freier Arztsitze

Die Anpassung der Maßstäbe für die Auswahl eines geeigneten Bewerbers im Zuge des Nachbesetzungsverfahrens an die veränderten Realitäten wird vom BMVZ dem Grunde nach begrüßt; erfolgt mit dem vorliegenden Entwurf jedoch nur unvollständig.

Im Falle der MVZ werden Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung – anders als bis dato üblich – personenungebundenen an einen Träger erteilt. Werden daher mit der vorgesehenen Änderung die Auswahlkriterien ausschließlich dahingehend geändert, dass Versorgungsaspekte einbezogen werden sollen, ohne gleichzeitig die Personenzentrierung dieser Regelung bezugnehmend auf die MVZ-Träger anzupassen, werden MVZ bei Entscheidungen über die Praxisnachfolge auch weiterhin regelhaft unberücksichtigt bleiben. Einfach deshalb, weil dann den Zulassungsausschüssen auch weiterhin nur Vergabekriterien als Richtschnur gegeben sind, die auf Person und Persönlichkeit eines Bewerbers abstellen. Kriterien, die auf ein MVZ als Zulassungsträger schlichtweg nicht angewendet werden können.

Nach Ansicht des BMVZ wäre es daher in Ergänzung der vorgesehenen Regelung hilfreich und geboten, den Kriterienkatalog um eine achte Ziffer zu erweitern und die **'Einbindung in ein medizinisches Gesamtkonzept'** als gleichrangiges Auswahlkriterium einzufügen.

Darüber hinaus sieht der BMVZ bezugnehmend auf die neu vorgesehene Ziffer 4 des Kriterienkatalogs zusätzlichen Klarstellungsbedarf, da nicht einzusehen ist, weshalb hier vom Gesetzgeber ausschließlich auf vertragsärztliche Tätigkeiten in unterversorgten Gebieten abgestellt und damit die Tätigkeit in Anstellung unbotmäßig abgewertet wird. Zwar wird in der amtlichen Begründung erläutert, dass Ziffer 4 unerheblich davon, ob es sich um eine vertragsärztliche oder um eine Angestelltentätigkeit

gehandelt habe, Geltung haben soll. Zweifelhaft ist allerdings, ob dies von den Zulassungsausschüssen auch so berücksichtigt werden wird, da die nachrangige Erklärung in der Begründung nicht ausreicht, um vertragsärztliche und angestellt ärztliche Tätigkeiten hier gleichzustellen. Daher ist es erforderlich den Gesetzestext um diesen Gesichtspunkt zu ergänzen.

Weiter ist zu berücksichtigen, dass es sich durch die Aufnahme der Tätigkeit als Arzt in einem unterversorgten Gebiet bedarfsplanerisch ergeben kann, dass die Unterversorgung beseitigt wird. Dies hätte zur Konsequenz, dass die gesetzgeberische Privilegierung durch Auslegung von Ziffer 4 wieder beseitigt würde. Daher ist es zur Klarstellung erforderlich, dass im Gesetz deutlich wird, dass auf den Zustand zum Zeitpunkt der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit abzustellen ist.

Einfügung eines Absatz 4c in § 103 SGB V

Sitzstilllegung / Vorkaufsrecht der KV im Nachbesetzungsverfahren

Der im Gesetzesentwurf verankerte Versuch, über ein Vorkaufsrecht der KVen Überversorgung abzubauen, wird in der vorgeschlagenen Form vom BMVZ abgelehnt.

Die Stilllegung von Arztsitzen mittels der Ausübung des Vorkaufsrechtes durch die KV wirft derartig viele organisatorische und rechtliche Fragen auf, dass es zum Einen kaum realistisch erscheint, dass sie jemals praktisch von den KVen angewendet werden wird. Zum Anderen wird aber unabhängig von der tatsächlichen Ausübung der Vorkaufsoption jeder Praxisabgeber im Nachbesetzungsverfahren durch den Regelungsvorschlag verpflichtet, der KV den Inhalt des geschlossenen Kaufvertrages mitzuteilen, woraufhin die KV in Monatsfrist über die Stilllegung zu entscheiden hat.

Damit wären die KVen in der Lage, umfassende Daten über die Arztpraxen inklusive der Vergütungsstrukturen für nichtärztliche Mitarbeiter zu sammeln, ohne das Vorkaufsrecht auch nur einmal tatsächlich auszuüben. Dass jede Datensammlung dabei die Gefahr zur missbräuchlichen Auswertung und Anwendung beinhaltet, muss an dieser Stelle nicht extra betont werden. Deshalb muss hier vom Gesetzgeber mit besonderem Augenmerk der erwartete Nutzen gegen das vorhandene Gefahrenpotential explizit abgewogen werden.

Zudem wirft auch die Ausübung selbst praktische Fragen auf, für die der BMVZ keinerlei Lösungspotential sieht. Da der Vorkaufsberechtigte, respektive die KV, grundsätzlich dazu verpflichtet ist, zu den zwischen Käufer und Verkäufer vereinbarten Bedingungen in den Vertrag einzutreten – eine relativierende Ausnahme besteht nur für den Kaufpreis – hat sie hier keinen Gestaltungsspielraum. Fakt ist aber, dass Praxiskaufverträge in aller Regel die Fortführung der Praxisangelegen-

heiten sehr umfassend regeln, jedoch den Verkauf der eigentlichen Zulassung aufgrund der Unveräußerlichkeit dieses nur verliehenen Hoheitsrechtes gerade nicht zum Gegenstand haben. Daher stellen sich im Falle der Ausübung des KV-Vorranges u. A. folgende Fragen:

- Was macht die KV mit dem erworbenen Praxisinventar?
- Wie stellt die KV die Zugänglichkeit der Patientendaten über die gesetzlich geforderten Zeiträume sicher?
- Wie geht die KV mit vereinbarten Übernahmegarantien für das nichtärztliche Personal um?
- Wie regelt die KV die Übernahme bestehender Mietverträge für Räumlichkeiten?
- u. v. m.

Darüber hinaus sorgt allein die bestehende Option des Vorkaufsrechtes dafür, dass das Verwaltungsverfahren der Nachbesetzung deutlich verlängert wird. Während bis dato die Mitteilung über die Auswahlentscheidung und die Zulassungserteilung inhaltlich und zeitlich eine Entscheidungseinheit darstellen, soll künftig die Auswahlentscheidung der Zulassungserteilung mit zeitlichem festgeschriebenen Abstand (*zwecks Übermittlung der Vertragsinhalte an die KV durch den Verpflichteten sowie die Entscheidung der KV über die Ausübung des Vorkaufsrechtes*) vorangehen. Folglich kann die Zulassung erst erteilt werden, wenn die KV den Verzicht auf die Ausübung ihres Vorranges erklärt hat.

Unabhängig von der noch zu klärenden Frage, ob damit die Mitteilung über die Auswahlentscheidung künftig als ein eigenständiger, widerspruchsfähiger Verwaltungsakt anzusehen ist, verlängert sich das Verfahren um weit mehr als den Monat der Entscheidungsfrist, da die Zulassungsausschüsse regelhaft in größeren Zeitabständen tagen. Insbesondere bei zeitgebundenen Nachbesetzungsverfahren – etwa im Krankheits- oder Todesfalle – ist somit der durch die Bundesmantelverträge vorgegebene Zeitrahmen kaum mehr einzuhalten.

Und nicht zuletzt: Da es sich zudem um eine reine Ermessensentscheidung unter Entscheidungsgewalt der regionalen KVen handeln soll,

ist - soweit hier kein objektiver Maßstab vorgegeben wird, nach dem dieses Vorkaufsrecht ausgeübt werden soll – davon auszugehen, dass bestimmte Strukturen von diesem Vorkaufsrecht stärker betroffen sein werden, als andere. Eine absehbare Konsequenz, die weitere elementare Fragen über die Sinnhaftigkeit dieses Regelungsvorhabens aufwirft.

Ergänzung eines Halbsatzes in § 103 Abs. 4d Satz 1 SGB V Änderung in § 24 Absatz 7 ZV-Ärzte

Verlegungsvorbehalt für Arztstühle, wenn Versorgungsgesichtspunkte entgegenstehen

Mit den korrespondierenden Änderungen der Anfügung eines Halbsatzes im neuen § 103 Abs. 4d Satz 1 SGB V und der Wortkorrektur in § 24 Absatz 7 Ärzte-ZV wird der Anspruch von Vertragsärzten und MVZ auf Sitzverlagerung, der ihnen bis dato innerhalb eines Bedarfsplanungskreises nur ausnahmsweise nicht zusteht, unter einen generellen Vorbehalt gestellt. Dies, obwohl die Berücksichtigung von Versorgungsaspekten bereits nach geltender Rechtslage zu einer Versagung des Verlegungsanspruches führen kann.

Solange aber der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen keine Rahmenkriterien für die Auslegung dessen, was genau unter Gründen der vertragsärztlichen Versorgung zu verstehen ist und wann diese Gründe so schwer wiegen, dass eine Verlegungssperre gerechtfertigt ist, vorgegeben werden, lehnt der BMVZ beide Ansätze, erweiterte Verlegungssperren einzuführen, ab.

Gleichwohl sind MVZ jedoch häufig gar nicht daran interessiert, neue Arztstühle auch örtlich an den Praxishauptsitz zu verlegen. Dazu besteht oft auch gar keine Notwendigkeit. Vielmehr besteht häufig das Interesse, neue Stühle am alten Praxisstandort als Zweigpraxis weiter zu betreiben. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass der Ermessensspielraum der KVen bzw. der Zulassungsgremien bei der Entscheidung über die beantragte Zweigpraxis oft einseitig restriktiv ausgelegt und die Genehmigung dieser Nebenbetriebsstätte verwehrt wird – in einigen KV-Regionen sogar grundsätzlich.

Zur Erreichung des Ziels der Verhinderung einer regional zu starken räumlichen Zentralisierung der ärztlichen Versorgung bei gleichzeitig unschädlicher Aufrechterhaltung der Entwicklungsmöglichkeiten von Praxen

und MVZ, müsste daher viel dringender bezüglich der Genehmigungsfähigkeit von Zweigpraxen mit Gesetzesrang Klarheit geschaffen werden.

Als Regelung wird zum Einen die folgende ergänzende Formulierung für § 103 Abs. 4d SGB V vorgeschlagen:

Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung nach Absatz 4 Satz 1 von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein medizinisches Versorgungszentrum den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in der Einrichtung weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen; dies gilt nicht, wenn im räumlichen Versorgungsbereich eine Zweigpraxis gegründet werden soll, die im Übrigen zu genehmigen ist.

Zum Anderen hält der BMVZ es gleichzeitig für zwingend notwendig, in § 24 Absatz 3 der Ärzte-ZV klarzustellen, dass die Fachidentität von Zweigpraxen mit der Hauptbetriebsstätte eines MVZs nicht erforderlich ist und dass zudem Ärzte in Nebenbetriebsstätten auch in Vollzeit tätig sein dürfen, ohne der Anforderung zu unterliegen, an der Hauptbetriebsstätte den größten Teil ihrer Sprechstunden abhalten zu müssen.

Beide Punkte – Erfordernis der Fachidentität und Bedingung der nur nachrangigen Beschäftigung in der Zweigstelle – werden derzeit mangels klarer Rechtsvorgaben von den Zulassungsausschüssen unterschiedlich gehandhabt und sind teils Genehmigungsbedingungen und teils nicht. Von daher bedarf es hierzu dringend einer bundeseinheitlichen Klarstellung durch den Gesetzgeber.

Einfügung eines Absatzes 4 d in § 103 SGB V

Vorkaufsrecht im Nachbesetzungsverfahren für niedergelassene Vertragsärzte

Die Einräumung eines Vorkaufsrechtes für Vertragsärzte und die damit implizit vorgesehene Nachrangigkeit für MVZ in anderer als vertragsärztlicher Trägerschaft wird vom BMVZ grundsätzlich als nicht sachgerecht abgelehnt und inhaltlich bezogen auf die Grundgesetzkonformität in Frage gestellt.

Die pauschale Zuordnung, dass in vertragsärztlich geleiteten Einrichtungen und Praxen Qualität und Unabhängigkeit per se gegeben seien, während beides in anderen Trägerschaften per se gefährdet sei, ist als Abgrenzungskriterium weder geeignet noch sachlich belegbar. Von daher widerspricht eine darauf gegründete Benachteiligung in Gesetzesrang dem grundgesetzlichen Gleichbehandlungsgebot. Angesichts des fehlenden Gefährdungspotentials für das Gemeinwohl (Vgl. Bundestagsdrucksache 17/3131) kann hier eine Abweichung vom Gleichbehandlungsgebot auch schwerlich mit übergeordneten Gemeinwohlzwecken (*Schutz der Volksgesundheit oder Erhaltung der Finanzierbarkeit der GKV*) begründet werden.

Geht man davon aus, dass die Auswahlentscheidung des Zulassungsausschusses dem übergeordneten Ziel, die Versorgung bestmöglich im Sinne der Patientenbedürfnisse sicherzustellen, dient, erscheint es dem BMVZ ausgesprochen fragwürdig, einen Mechanismus gesetzlich zu verankern, der gezielt dazu führt, dass nachgerade nicht der objektiv am besten geeignetesten Bewerber die Zulassung erhält, nur weil er ein Kriterium nicht erfüllt, das mit dem Entscheidungsziel, dem für die Versorgung am besten Geeignetesten die Zulassung zu erteilen, allenfalls sehr mittelbar in Zusammenhang steht. Hier muss kritisch hinterfragt werden, welche Gewichtung der Gesetzgeber Versorgungsgesichtspunkten, wie sie der Patientenperspektive entsprechen, einerseits und vermeintlichen berufsständischen Interessen der Ärzteschaft andererseits zumisst.

Folge einer Höhergewichtung ärztlicher Standesinteressen in Form der vorgeschlagenen Einführung eines Vorranges für Vertragsärzte wäre, dass in Fällen, in den ein nicht vertragsärztlich geführtes MVZ vom Zulassungsausschuss objektiv als geeignetester Versorger ausgewählt wurde, ungeachtet seiner Eignung gerade nicht die Zulassung erhält. Stattdessen sollen Ärzte, die in der Versorgungsperspektive mit einer Eignung im zweiten, dritten oder auch vierten Rang eingestuft wurden, den Vorzug erhalten, um deren Niederlassung zu fördern. Damit wird deutlich, dass es der Bundesregierung wichtiger ist, Vertragsärzte mit objektiv durch den Zulassungsausschuss festgestellter geringerer Eignung zur Versorgung zuzulassen, als der optimalen Auswahlentscheidung, bzw. der Patientenperspektive zu folgen. Zynischer kann man sich nach Ansicht des BMVZ gegenüber Patienteninteressen kaum verhalten.

Von dieser grundsätzlichen Kritik unabhängig sieht der BMVZ in der Umsetzung eines solchen 'Vorkaufsrechtes für Vertragsärzte' in vielerlei Hinsicht rechtliche und praktische Probleme, die auf dem Verordnungswege kaum behoben werden könnten. Anders als Falle des KV-Vorranges dürfte der Einstieg in den Kaufvertrag hinsichtlich der Räumlichkeiten, der Personalübernahme, der Datenarchivierung ect. zwar vergleichsweise weniger Probleme verursachen. Die Zeitfrage jedoch stellt sich hierbei umso verschärfter.

Da der Vorrang für alle übrigen Bewerber gilt, denen gegebenenfalls nacheinander jeweils mit Monatsfrist Gelegenheit zu geben ist, über die Ausübung ihres Vorrangrechtes zu entscheiden, werden Zulassungsverfahren um ein Vielfaches in die Länge gezogen. Damit wäre Ärzten, die sich verabreden zu verhindern, dass etwa ein Krankenhaus-MVZ den Arztsitz erhält, ein Mittel gegeben, das Entscheidungsverfahren auf lange Sicht zu blockieren. Einfach dadurch, dass viele sich bewerben, und jeder seine Fristen bis zum Letzten ausschöpft – was auch ohne wirkliche Absicht, den Sitz übernehmen zu wollen, für den Arzt unschädlich

durchführbar wäre. Dabei läge die zügige Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens in jedem Fall im Interesse der Patienten, schon allein, um die Versorgung sicherzustellen.

Nach Ansicht des BMVZ wäre es daher insgesamt anstelle der vorgesehenen Regelung notwendig und geboten, die jederzeitige Wahrung der Qualität der ärztlichen Behandlung sowie der Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung auf geeignetere Weise als vorgeschlagen und vor allem in jeder ambulanten Struktur sicherzustellen.