

Stellungnahme zu den die MVZ im Besonderen betreffenden Passagen des Gesetzesentwurfes zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) - BT-Drucksache 18/4095

Eine Materialzusammenstellung des BMVZ e.V.
Stand März 2015



Kontakt unter:

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

BMVZ e.V.

Schumannstraße 18

10117 Berlin

Tel.: 030 – 270 159 50

Fax: 030 – 270 159 49

www.bmvz.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(26)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.
15_GKV-VSG
23.03.2015

Inhalt

-
- Seite 2** Grundsätzliche Stellungnahme
Detailsternungnahme zu ...
-
- Seite 3** Möglichkeit des Ruhens eines 'angestellten'
Arztsitzes & Nachbesetzungsfristen
- Seite 4** Einfügung eines kooperationspezifischen
Kriteriums in den Auswahlkatalog für
Nachbesetzungsentscheidungen
- Seite 4** Anforderungen an Gründung und
Betrieb von MVZ
- Seite 6** Bürgschaftserfordernis für MVZ-GmbHs
- Seite 7** Rechtsformeingrenzung von MVZ
- Seite 8** trägerinternen Verlegung von
Anstellungsgenehmigungen
-
- Weiterführende Anmerkungen zu ...**
-
- Seite 9** § 103 Absatz 4 SGB V
- Seite 9** § 77 SGB V
- Seite 10** § 87 Absatz 2a SGB V
- Seite 10** § 87b Absatz 2 SGB V

Grundsätzliche Stellungnahme

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Gesetzgeber ein vielseitiges Maßnahmenpaket vorgelegt, mit dem die bedarfsgerechte medizinische Versorgung der Bürger auf weiterhin hohem Niveau bei gleichzeitig guter Erreichbarkeit gesichert werden soll.

Der BMVZ begrüßt als Verband kooperativer Leistungserbringer, dass mit dem Gesetz die bestehende Pluralität der Versorgungsakteure und –strukturen aufgenommen, gewürdigt und weiterentwickelt wird.

Den besonderen Belangen ambulant-angestellter Ärzte wird mit dem Gesetzentwurf Rechnung getragen und damit die inzwischen erreichte Normalität dieser im ambulanten Sektor noch jungen Arbeitsverhältnisse dokumentiert.

Das GKV-VSG ist damit für Medizinische Versorgungszentren, aber auch für andere komplexe Praxisstrukturen ein Schritt in die richtige Richtung. Nichtsdestotrotz gibt es im bestehenden Normenrahmen Bereiche, die nach wie vor einer Modernisierung und Anpassung an die reale Strukturvielfalt der ambulanten Versorgung bedürfen.

Konkret bitten wir um Beachtung der nachfolgenden Detailstellungnahme zu den Passagen und Themen, zu denen wir aus der Erfahrung mit der Versorgungspraxis, insbesondere in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) weiterführenden Änderungsbedarf sehen.

Im Besonderen möchten wir auf die unseres Erachtens noch notwendigen Konkretisierungen beim Thema ‚Ruhe von Anstellungsgenehmigungen‘ sowie beim Thema der Gründungsvoraussetzungen von MVZ, wie sie sich insbesondere nach § 95 SGB V ergeben, hinweisen.

Klarstellung zur Möglichkeit des Ruhens eines 'angestellten' Arztsitzes & Nachbesetzungsfristen

Mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG, dort:

Artikel 1 Nummer 41 Punkt d
sowie Artikel 13 Nummer 2 & Artikel 14 Nummer 2
(§§ 95 SGB V und 32b Ärzte-ZV/ Zahnärzte-ZV)

Die Absicht, die Möglichkeit des Ruhens einer Zulassung durch Verweisung in § 95 Absatz 9 SGB V sowie § 32b Absatz 7 Ärzte-ZV auf Anstellungsgenehmigungen zu erstrecken, wird ausdrücklich begrüßt. Mit der vorgesehenen Verweisung kann künftig ein mit einer Anstellungsgenehmigung verbundener Versorgungsauftrag statuserhaltend für einen befristeten Zeitraum ausgesetzt werden.

Die Formulierung bedarf jedoch unseres Erachtens im Normtext noch einer Klarstellung, um Rechtsmissverständnissen im Zulassungsausschuss und vor Gerichten, die andernfalls absehbar wären, vorzubeugen. In der gegenwärtigen Formulierung fehlt die eindeutige Positionierung dazu, dass das Ruhen auch für dem Grunde nach mit angestellten Ärzten zu besetzende Arztsitze beantragt werden kann, für die – trotz entsprechender Nachbesetzungsbemühungen – gerade keine konkrete Anstellungsgenehmigung vorliegt. Denn diese Genehmigung ist formaljuristisch an einen Arbeitsvertrag verbunden – d.h. die aktuell gewählte Formulierung sollte dezidiert auch ‚angestellte Sitze‘ umfassen, für die die Tätigkeitsaufnahme, bzw. die Anstellungsgenehmigung in absehbarer Zeit zu erwarten ist.

Nur so würde der Regelungsgehalt der Änderung eine nennenswerte Relevanz erreichen und die beabsichtigte Gleichstellung gegenüber den Vertragsärzten erreicht. Eine Klarstellung des Gesetzgebers zur Formulierungs-, bzw. zur Regelungsabsicht halten wir daher an dieser Stelle für dringend nötig.

In diesem Zusammenhang bitten wir im Weiteren zu beachten, dass das damit verwandte Thema der Fristen bei Nachbesetzungen von Anstellungsgenehmigungen ebenfalls einer Klarstellung bedarf. Hier schlagen wir folgende Klarstellung in § 32b Ärzte-ZV und/oder § 103 SGB V vor:

Das Recht nach § 103 Absatz 4a Satz 3 SGB V erlischt, wenn länger als zwölf Monate kein Antrag auf Anstellungsgenehmigung gestellt wurde.

Eine gesetzliche Regelung besteht dazu bisher nicht. In der Konsequenz hat sich in fehlerhafter Analogie zur Regelung zu den MVZ-Gründungsvoraussetzungen die Spruchpraxis entwickelt, auch beim einfachen Ausscheiden eines angestellten MVZ-Arztes lediglich eine Frist von drei bis sechs Monaten zu gewähren, innerhalb der dieser Sitz nur nachbesetzt werden kann. Gelingt dies nicht, fällt der Zentrumssitz für das 'abgebende' MVZ weg - wodurch das Versorgungsproblem nicht behoben, sondern eher noch manifestiert wird.

Diese Rechtsauffassung der Zulassungsausschüsse ist nicht zuletzt vom Landessozialgericht NRW mit Beschluss vom 27. März 2013 (Vgl. L 11 KA 96/12 B ER) von seiner rechtlichen Herleitung her in aller Deutlichkeit kritisiert worden.

Eine gesetzliche Klarstellung zur Länge und Verlängerung der Nachbesetzungsfristen für Verfahren nach § 103 Absatz 4a Satz 3 SGB V ist daher erforderlich, um eine dem Willen des Gesetzgebers entsprechende Rechtsanwendung bundeseinheitlich sicherzustellen.

Einfügung eines kooperationspezifischen Kriteriums in den Auswahlkatalog für Nachbesetzungsentscheidungen

Mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG, dort:

Artikel 1 Nummer 44 Punkt c/cc

(§ 103 Absatz 4 SGB V)

Mit der beabsichtigten Änderung soll es Medizinischen Versorgungszentren ermöglicht werden, sich im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4 Satz 1 SGB V auf ausgeschriebene Arztsitze auch dann bewerben zu können, wenn ein konkreter Arzt, der auf diesen Arztsitz tätig werden soll, noch nicht vorgewiesen werden kann. Das wird vom BMVZ grundsätzlich begrüßt.

Hinsichtlich der konkreten Umsetzung sehen wir bei der vorgeschlagenen Regelung noch Klarstellungsbedarf. Insbesondere halten wir es aus systematischen Gründen und auch um die notwendige Gleichwertigkeit zu den personenbezogenen Auswahlkriterien auszudrücken, für wesentlich, dass die geplante textliche Ergänzung dem bestehenden Kriterienkatalog in § 103 Absatz 4 Satz 5 unmittelbar angefügt wird.

Des Weiteren wird mit dem Wort „kann“ sprachlich ein Ermessen verdeutlicht, das der eigentlichen Regelungsabsicht entgegensteht. Soweit ausweislich der Begründung vom Gesetzgeber beabsichtigt wird, dass bei MVZ im Nachbesetzungsverfahren auch Aspekte der fachübergreifenden Versorgung eine Rolle spielen, ist daher deren Überprüfung und Einbindung in die Auswahlentscheidung verbindlich vorzugeben. Ein Ungleichgewicht zugunsten von MVZ würde dadurch nicht erzeugt, da die Verpflichtung zur Prüfung keinerlei Präjudiz für das Ergebnis selbiger und damit letztlich auch nicht für die Auswahl des geeignetsten Bewerbers darstellt.

Vorgeschlagen wird daher, anstelle der im Entwurf bisher enthaltenen Regelung unmittelbar nach § 103 Absatz 4 Satz 5 SGB V folgenden Satz anzufügen:

Bei Bewerbung einer Einrichtung gemäß § 95 Absatz 1 ist bei der Auswahl nach Satz 5 ergänzend die Eingliederung in eine medizinische Gesamtkonzeption zu berücksichtigen.

Anmerken möchten wir daneben auch, dass die Änderung in § 103 Absatz 3a SGB V, mit denen im Nachbesetzungsverfahren der Vorrang von Verwandten und bisher angestellten Praxispartnern an die Einhaltung bestimmter Fristen geknüpft werden soll, nach unserer Auffassung zu weitgehend ist. Das Anliegen, die Umgehung der Regelungen zum Abbau der Überversorgung durch Kurzzeit-Anstellungen, bzw. –Partnerschaften zu verhindern, können wir nachvollziehen. Den dafür angesetzten Zeitraum von drei Jahren sehen wir jedoch als deutlich zu lang an und schlagen eine Reduktion auf zwei Jahre vor.

Änderung der Anforderungen an Gründung und Betrieb von MVZ

Mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG, dort:

Artikel 1 Nummer 41

(§ 95 SGB V)

Es wird bedauert, dass die mit dem GKV-VStG eingeführten Beschränkungen der zulässigen MVZ-Gründer nicht aufgehoben werden. Denn angesichts der tatsächlichen

Versorgungsrealitäten und -bedarfe ist nach wie vor kein begründeter Anlass zu erkennen, dritte GKV-Leistungserbringer von der MVZ-Trägerschaft weitgehend auszuschließen. Die bis 2012 erfolgte Einbeziehung aller GKV-Leistungserbringer als mögliche MVZ-Träger hat im Gegenteil eine Vielfalt an Versorgungsmodellen ermöglicht, die der Vielfalt der konkreten Versorgungsprobleme vor Ort angemessen ist und das notwendige Maß an Gestaltungsfreiheit bot.

Da davon auszugehen ist, dass es in den nächsten Jahren in vielen MVZ der ersten Gründungswelle, also der Jahre 2004 – 2008, bei den Trägern, respektive Gründern zu einem Generationswechsel kommen wird, entsteht künftig ein ‚Übergabeproblem‘ insbesondere bei vertragsärztlich geleiteten MVZ.

Soweit viele Ärzte bekanntermaßen schon das Risiko scheuen, eine Einzelpraxis zu übernehmen, stellt sich die Frage, an wen die vertragsärztlichen MVZ-Inhaber ihre Einrichtung übergeben werden, bzw. sollen? Hier würde durch Zulässigkeit weiterer Träger neben Krankenhäusern und Dialyse-Gesellschaften die Abgabeoption für Vertragsarzt-MVZ deutlich erweitert, implizit die Betreiberpluralität gefördert und dadurch ungewollte Marktkonzentrationen verhindert.

Unabhängig von der Abgabeproblematik möchten wir auf folgenden Klarstellungsbedarf, der ausschließlich Vertragsärzte, die ein MVZ gründen oder mitgründen, betrifft, hinweisen:

Für MVZ gilt, dass die Gründungsvoraussetzungen nach § 95 SGB ebenfalls Voraussetzung für den Fortbestand eines MVZ sind. Dies führt regelmäßig dann zu Auslegungsschwierigkeiten, die der ursprünglichen gesetzgeberischen Intention zuwiderlaufenden, wenn Vertragsärzte ihren Sitz zwecks Gründung oder Erweiterung einer MVZ-GmbH einbringen, um dann weiterhin persönlich, aber im Status eines angestellten Mediziners auf ihrem Sitz tätig zu sein. Denn in formaljuristischer Betrachtung ist für diesen Personenkreis durch den berufsrechtlichen Statuswechsel mit der MVZ-Gründung der Verlust der Trägereigenschaft verbunden.

Einige der KVen haben hier die Spruchpraxis entwickelt, diesen angestellten Ärzten der sogenannten ‚ersten Generation‘ in Dehnung des SGB V, die Gründereigenschaft weiterhin zuzugestehen. Dies halten wir für mehr als sachgerecht – jedoch gibt es auch KVen, die anders entscheiden. Daher sollte die Trägereigenschaft dieser Ärzte durch eine entsprechende gesetzgeberische Regelung klar legitimiert und damit auch die Einheitlichkeit der Rechtsanwendung sichergestellt werden.

Ziel ist, vormaligen Vertragsärzten, die im Rahmen eines MVZ auf dem ursprünglich eigenen Sitz angestellt tätig werden, die gesellschaftsrechtlich verantwortliche Einbindung in die Trägergesellschaft rechtssicher und nicht nur nach Ermessen der KV zu ermöglichen.

Soweit daher gerade durch Ärzte initiierte Gründungen im Besonderen Maße gewollt sind, bitten wir um Klarstellung zur Gründereigenschaft *‘angestellter Ärzte der ersten Generation.’* Diesbezüglich schlagen wir in § 95 Absatz 6 SGB V folgende Ergänzung vor:

Abweichend zu Absatz 1a Satz 1 gilt die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1a Satz 1 in der Person eines angestellten Arztes auch dann als vorliegend, wenn dieser zuvor seinen Vertragsarztsitz in das anstellende MVZ eingebracht hat.

Dabei ist jedoch nicht ausschließlich auf die Gründerärzte eines MVZ abzustellen, sondern es sollten ihnen auch Ärzte, die mit der Einbringung ihres Sitzes ein bereits zugelassenes MVZ erweitern, rechtlich gleichgestellt werden. Grundsätzlich gilt aber, dass diese Möglichkeit im Sinne der jetzigen Spruchpraxis klar nur für den jeweils abgebenden Vertragsarzt, d.h. keineswegs nach Arztwechsel für spätere angestellte Ärzte, gilt.

Klarstellungsbedarf zum Bürgschaftserfordernis

Mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG, dort:

Artikel 1 Nummer 41

(§ 95 SGB V)

Es wird angeregt, in § 95 SGB V eine ergänzende Klarstellung, das Bürgschaftserfordernis betreffend, vorzunehmen.

Hinsichtlich der seit 2007 im SGB V enthaltenen Anforderung an in der Rechtsform der GmbH organisierte MVZ sehen wir Klarstellungsbedarf hinsichtlich einzelner Regelungsdetails. Denn die mit dem VÄndG eingeführte selbstschuldnerische Bürgschaft für MVZ in der juristischen Person des Privatrechts erfasst durch die Adressierung an die 'Gesellschafter' nicht klar alle – der Gesetzesbegründung nach gemeinten – Gesellschaftsformen.

In der Konsequenz stößt die Forderung nach einer selbstschuldnerischen Bürgschaft des 'Gesellschafter' bei allen Rechtsformen, die keine Gesellschaftsverhältnisse darstellen – zum Beispiel bei Kommunen, kommunalen Gebietskörperschaften und Stiftungen - auf Auslegungsprobleme.

Es ist daher sinnvoll, zur Absicherung der genannten Forderungen nicht die bestimmte Sicherungsform der selbstschuldnerischen Bürgschaft verpflichtend vorzugeben, sondern auch auf andere Sicherheiten des § 232 BGB Bezug zu nehmen.

Gleichzeitig ist klarzustellen, dass die Bürgschaftsleistungen gemäß § 95 SGB V abschließenden Charakter haben und entsprechend von den KVen keine weiteren Sicherungsleistungen verlangt werden dürfen. Hintergrund ist die von mehreren KVen angewandte Praxis, von MVZ in nicht-mehrheitlich ärztlicher Trägerschaft, die in der Rechtsform der GmbH organisiert sind, zusätzliche Bankbürgschaften in fünffacher Höhe der monatlichen Abschlagszahlung zu fordern. Rechtsfolge der Nichtbeibringung dieser zusätzlichen Bürgschaft ist die Verweigerung der Zahlung von Abschlägen an die betreffende MVZ-Gesellschaft.

Unabhängig von den konkreten Problemen, die die zusätzliche Einforderung von

Bankbürgschaften mit sich bringen, stellt diese ausschließlich Gesellschaften in dritter Trägerschaft und Krankenhausträgerschaft betreffenden Bürgschaftsforderungen eine unzulässige Ungleichbehandlung gegenüber MVZ-Gesellschaften in ärztlicher Hand dar. Vor diesem Hintergrund ist eine Klarstellung notwendig und erforderlich.

Entsprechend schlagen wir folgende Präzisierung des § 95 Absatz 2 Satz 1 SGB V vor:

Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit nach ihrer Wahl eine selbstschuldnerische Bürgschaft abgeben oder eine nach § 232 BGB zulässige Sicherheit leisten; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden. Diese Bürgschaft oder Sicherungsleistung gilt als abschließend.

Klarstellungsbedarf zur Rechtsformeingrenzung von MVZ

Mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG, dort:

Artikel 1 Nummer 41

(§ 95 SGB V)

Es wird mit Verweis auf die mit dem GKV-VStG mit Geltung zum 1.1.2012 vorgenommene Rechtsformeingrenzung angeregt, in § 95 SGB V eine weitere Klarstellung, vorzunehmen.

Denn in uneinheitlicher Vorgehensweise der verschiedenen Zulassungsausschüsse wird der Betrieb, insbesondere aber auch die Neugründung von MVZ in Form einer Betriebsstätte einer MVZ-GmbH gegenwärtig nicht zugelassen. Gemeint ist dabei die 2012 nicht unübliche Konstellation, dass unter dem Dach ein und derselben MVZ-Trägergesellschaft mehrere selbständige MVZ geführt werden.

Aus der Vorschrift, dass *"die Gründung [von MVZ] nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich [ist]"*, wird dabei von den Zulassungsausschüssen abgeleitet, dass für jedes MVZ eine eigenständige Gesellschaft zu gründen und der Betrieb mehrerer MVZ als vertragsarztrechtlich selbständige Betriebsstätten einer einzelnen Gesellschaft nur noch im Sinne des Bestandsschutzes zulässig sei.

An dieser Stelle besteht gesetzgeberischer Klarstellungsbedarf. Soweit etwa im hier zugrundegelegten Entwurf eines GKV-VSG gleichzeitig unter Ergänzung des § 24 Absatz 7 der Ärzte-ZV/Zahnärzte-ZV um einen zweiten Satz darauf abgestellt wird, trägerinterne Übertragungen von Anstellungsgenehmigungen zuzulassen, stellt sich die Frage nach der gesellschaftsrechtlichen Trägeridentität im besonderen Maße.

Eine solche klarstellende Änderung würde im Übrigen mit dem neuen Satz 3 des Absatz 1a § 95 SGB V korrespondieren, da an dieser Stelle abweichend zu der oben dargestellten Auslegung von Satz 1 für durch Kommunen betriebene MVZ bereits die

Nichterfordernis einer eigenständigen Trägergesellschaft klargestellt wird.

Gesonderter Regelungsbedarf bezüglich der Rechtsform besteht im Weiteren auch mit Blick auf den Zusammenschluss von mehreren MVZ in der Rechtsform einer Genossenschaft bzw. einer GmbH. Eine solche Verschmelzung entsprechender MVZ-Gesellschaften wird in der Praxis dadurch verhindert, dass das Umwandlungsgesetz vorsieht, dass – formaljuristisch gesehen - die erste Gesellschaft die zweite Gesellschaft aufnimmt.

Es hat sich hier insgesamt die Spruchpraxis entwickelt, dass bei der Verschmelzung zweier MVZ-Gesellschaften die Zulassungen mangels Übergang nach dem Umwandlungsgesetz ersatzlos untergehen. Dies kann jedoch im Rahmen der Flexibilisierung der Versorgung und von Medizinischen Versorgungszentren nicht gewollt sein und steht dem Gedanken der Versorgungssicherstellung entgegen.

Deshalb sehen wir an dieser Stelle Klarstellungsbedarf.

Klarstellung zur Möglichkeit der trägerinternen Verlegung von Anstellungsgenehmigungen

Mit Bezug auf den Entwurf des GKV-VSG, dort:

Artikel 13 Nummer 1 & Artikel 14 Nummer 1

(§ 24 Ärzte-ZV/ Zahnärzte-ZV)

Bis dato ist die Verlegung einzelner Sitze innerhalb zweier MVZ desselben Trägers praktisch ausgeschlossen, da mit den Neuregelungen des GKV-VStG zwar grundsätzlich die Wiederauslösung eines Sitzes aus dem MVZ ermöglicht, nicht jedoch dieser Fall geregelt wurde.

Für die mit dem VSG vorgesehene Erstreckung der Regelungen zur Verlegung von Vertragsarztsitzen auf Verlegungen einer genehmigten Anstellung, womit ausweislich der Entwurfsbegründung die Gestaltungsmöglichkeiten für MVZ in gleicher Trägerschaft oder Gesellschaften mit identischen Gesellschaftern erweitert werden sollen, wird daher die Notwendigkeit gesehen. Denn es ist sinnvoll, es MVZ-Strukturen zu ermöglichen, auf bauliche und demografische Veränderungen auch organisatorisch reagieren zu können.

Die geplante Option, Anstellungsgenehmigungen analog zum Vertragsarztsitz verlegen zu können, schafft hier die nötige Flexibilität für MVZ-Träger, bei grundsätzlicher Standorttreue die Versorgung einer Region angepasst an die sich verändernden örtlichen Gegebenheiten und Bedarfe weiterzuentwickeln.

Gerade vor diesem Hintergrund scheint die konkrete Formulierung im Gesetzesentwurf aber noch unzureichend. Denn Änderungsvorschlag und –begründung werfen eine Vielzahl an praktischen Umsetzungsfragen auf, die es wahrscheinlich erscheinen lassen, dass diese Regelung vor allem Juristen und Gerichte beschäftigen wird. Es wird daher dringend noch Konkretisierungsbedarf gesehen.

Im Übrigen ist nicht nachvollziehbar, weswegen die beabsichtigte Gleichstellung von Anstellungsgenehmigungen mit Vertragsarztsitzen – ausweislich der Entwurfsbegründung - auf Anstellungen im MVZ beschränkt werden soll. Im Sinne einer allgemeinen Gleichbehandlung schlagen wir daher die Erstreckung des Geltungsbereiches der Regelung auf alle Anstellungsgenehmigungen vor.

Weiterführende Anmerkungen

Nicht-Rücknahme des Nachrangs bestimmter MVZ bei der Auswahlentscheidung im Nachbesetzungsverfahren

Es wird bedauert, dass der mit dem GKV-VStG zum 1.1.2012 neu eingeführte Nachrang Medizinischer Versorgungszentren, bei denen die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten, die in dem nämlichen MVZ selbst als Vertragsärzte tätig sind, liegt, beibehalten und auf die neu zulässigen kommunalen MVZ erstreckt werden soll.

Dies stellt eine Ungleichbehandlung zwischen betroffenen MVZ gegenüber Vertragsärzten dar, der es an jeder sachlichen Begründung mangelt und die wir deshalb für unzulässig halten.

Folge der Höhergewichtung ärztlicher Standesinteressen in Form des mit dem GKV-VStG eingeführten Vorranges für Vertragsärzte ist, dass in Fällen, in den ein nicht vertragsärztlich geführtes MVZ vom Zulassungsausschuss objektiv als geeignetster Versorger ausgewählt wurde, dieses ungeachtet seiner Eignung gerade nicht die Zulassung erhält. Stattdessen sollen Vertragsärzte, die in der Versorgungsperspektive mit einer Eignung im zweiten, dritten oder vierten Rang eingestuft wurden, den Vorzug erhalten.

Das halten wir für hochproblematisch. Unterstellt, dass die Auswahlentscheidung dem übergeordneten Ziel der Sicherstellung der bestmöglichen Versorgung im Sinne der Patientenbedürfnisse dient, erscheint es ausgesprochen fragwürdig, gesetzlich zu verankern, dass der nach Ermessen des Zulassungsausschusses am besten geeignete Bewerber die Zulassung nicht erhält, nur weil er ein Kriterium nicht erfüllt, das mit dem Entscheidungsziel, den für die Versorgung am besten Geeigneten zu finden, allenfalls sehr mittelbar in Zusammenhang steht.

Nicht-Änderung des § 77 SGB V

Es wird bedauert, dass eine die zwischenzeitlich etablierten Medizinischen Versorgungszentren nicht Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung werden.

Wir halten es für erforderlich, insbesondere MVZ in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts in die körperschaftlichen Strukturen der KV einzubinden und

damit der Disziplinargewalt der KV zu unterwerfen, da sie als arztübergreifende Struktur integraler Bestandteil der ambulanten Versorgung sind. Zum Anderen würde auf diese Weise gleichzeitig eine gegenüber den Vertragsärzten mit Ausnahme des Wahlrechtes gleichberechtigte beidseitige Rechtsbeziehung zwischen dem MVZ als solchen und der Selbstverwaltungskörperschaft geschaffen.

Wenn in diesem Zusammenhang in § 79c SGB V ausdrücklich ein Fachausschuss für angestellte Ärztinnen und Ärzte geschaffen wird, halten wir dies für nicht ausreichend.

Unzureichende Änderung des § 87 SGB V

(§ 87 Absatz 2a SGB V)

Grundsätzlich wird die Änderung in Absatz 2a hinsichtlich der Rahmenvorgaben für den EBM befürwortet. Was jedoch in diesem Zusammenhang vermisst wird, sind weitergehende Regelungen, die die kooperativen Versorgungsstrukturen betreffen und deren Umsetzung innerhalb des EBM gesetzgeberisch eingefordert werden müsste.

Denn soweit bei der Änderung des § 87 Abs. 2a SGB V lediglich auf die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen bezüglich der delegationsfähigen Leistungen verwiesen wird, wird dabei nicht ausreichend beachtet, dass auch innerhalb des EBM eine Vielzahl von wechselseitigen Gebührenausschüssen vorliegen, die das Leistungsgeschehen in den kooperativen Versorgungsstrukturen insbesondere bei MVZ und fachübergreifenden BAGs negativ beeinflussen. Dieses sollte daher bereits auf der Ebene des EBM korrigiert werden, wofür entsprechend klare Rahmenvorgaben seitens des Gesetzgebers ausgesprochen hilfreich wären.

Klarstellungserfordernis in § 87 b SGB V

(§ 87 b Absatz 2 SGB V)

Die Maßgaben der angemessenen Rechnungstragung für kooperative Versorgungsformen sind zu knapp dargestellt. Aus der Erfahrung mit einer Vielzahl von Honorarverteilungsmaßstäben ist festzustellen, dass dort den Kooperationsformen unabhängig der bestehenden gesetzlichen Vorschrift nicht ausreichend Rechnung getragen wird.

Leider ist insgesamt festzustellen, dass die Maßgabe des § 87b Absatz 2 SGB V, Kooperationen angemessen zu berücksichtigen, häufig unterlaufen wird. Zwar bestehen teils kooperationspezifische Sonderregelungen, wie der so genannte 'Kooperationszuschlag', jedoch stellt gerade dieser - trotz des andere Assoziationen weckenden Namens – gerade keine angemessene Berücksichtigung dar, sondern ist vielmehr im Verbund mit der Behandlungsfallzählung als RLV-Berechnungsgrundlage ein Element der systematischen Honorarbenachteiligung kooperativer Strukturen.

Auch darüber hinaus bestehen – teils regional unterschiedliche - Benachteiligungen ärztlicher Kooperationen, die die Vorgabe der angemessenen Berücksichtigung gezielt

konterkarieren. Von daher halten wir es für unbedingt notwendig, in § 87b den gesetzgeberischen Willen insoweit klarzustellen, als dass der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen damit ein unverrückbarer Maßstab an die Hand gegeben wird, der den Partnern bei der Honorarverteilung mit Gesetzesrang auferlegt, gleiche Leistungen unabhängig von der Versorgungsstruktur, in der sie erbracht werden, gleich zu vergüten.

Gleichermaßen sollte mit Gesetzesrang festgeschrieben werden, dass Anstellungen und Vertragsarztsitze, die mit einem geteilten Versorgungsauftrag verbunden sind, nicht unverhältnismäßig belastet, bzw. von den allgemeinen Grundsätzen abweichend willkürlich auf dem Fachgruppendurchschnitt gedeckelt werden.