

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

... die Plattform  
für zukunftssichere Kooperationen  
in der Gesundheitsversorgung

Bad Soden – 19. März 2015

## Aktuelles zur Gesetzgebung

**Dr. Bernd Köppel**  
Vorstandsvorsitzender BMVZ

**BMVZ**  
BMVZ e.V.  
Schumannstr. 18  
10117 Berlin  
Tel: 030 - 270 159 50  
Fax: 030 - 270 159 49  
Mail: b.koeppl@bmvz.de

### Laufende Gesetzgebungsverfahren im Gesundheitswesen

**BMVZ**

05.03.2015 - GKV-Versorgungsfürkungsgesetz - Bundestag, erste Lesung

Referentenentwurf  
Kabinett  
Bundestag  
Bundesrat  
Inkrafttreten  
Wichtige Vergaben

Unter der Leitung des BMJV

Versorgungsstärkungsgesetz  
(05.03.15 Bundestag)

E-Health-Gesetz  
(14.01.15 Referentenentwurf)

RefE - Entwurf eines Gesetzes zur  
Bekämpfung von Korruption im  
Gesundheitswesen  
Start: 04.02.2015  
Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und für  
Verbraucherschutz

März 2015

Präventionsgesetz  
(06.12.15 Bundesrat)

Europäische und  
internationale  
Gesundheitspolitik

Anreizpolitik,  
Medizinprodukte,  
Biotechnologie

Gesundheits-  
sicherung, Kranken- und  
Pflegeversicherung

Gesundheitsschutz,  
Krankheitsförderung,  
Biomedizin

Grundaufgaben der  
Gesundheitspolitik, Pflege-  
versicherung, Prävention

2010 2011 2012 2013 2014 2015

# BMVZ

## Vorhaben

eHealth-Gesetz

## Inhalt

Aufnahme der im Koalitionsvertrag (S. 77) vereinbarten Zielsetzungen, das Erschließen der Vorteile elektronischer Kommunikationsprozesse im Gesundheitswesen auf Basis der im Aufbau befindlichen sicheren Telematik-Infrastruktur für das Gesundheitswesen schnellstmöglich realisieren zu können. Dies sind im Einzelnen:

1. Versichertendatamdata online überprüfbar machen
2. Notfalldaten nutzbar machen
3. elektronische Kommunikation zwischen allen Leistungserbringern ermöglichen,
4. Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit,
5. Datenaustausch für ein verbessertes Einweisungs- und Entlassmanagement im Krankenhausbereich ermöglichen,
6. Hindernisse beim Datenaustausch und Schnittstellenprobleme abbauen und Anbieterwettbewerb zwischen IT-Anbietern befördern,
7. telemedizinische Leistungen fördern und angemessen vergüten.

Bei allen Maßnahmen muss ein hoher Datenschutz beachtet werden.

## Verfahrensstand

Referentenentwurf 14.1.2015

# BMVZ

## Vorhaben

Präventionsgesetz

## Inhalt

Der Koalitionsvertrag enthält für das Präventionsgesetz folgende Maßgaben:

- Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere in Lebenswelten wie Kita, Schule, Pflegeheim sowie Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung,
- Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger,
- Verbesserung der Kooperation und Koordination aller Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen über verpflichtende Rahmenvereinbarungen analog der Regelungen zur Förderung der Zahngesundheit (§ 21 SGB V) und von Schutzimpfungen (§ 20d Abs. 3 SGB V) auf Landesebene unter Berücksichtigung bundesweit einheitlicher Gesundheitsziele und Vorgaben zur Qualität und Evaluation und Einbeziehung von Länderpräventionsansätzen,
- Stärkung der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern
- Stärkung der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen.

## Verfahrensstand

Referentenentwurf 14.1.2015

# BMVZ

## Vorhaben

### Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen

#### Inhalt

Korruption im Gesundheitswesen beeinträchtigt den Wettbewerb, verteuert medizinische Leistungen und untergräbt das Vertrauen von Patienten in die Integrität heilberuflicher Entscheidungen. Wegen der erheblichen sozialen und wirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens ist korrupten Praktiken in diesem Bereich auch mit den Mitteln des Strafrechts entgegenzutreten. Dies ist nach gegenwärtiger Rechtslage nur unzureichend möglich.

Nach einer Entscheidung des Großen Senats des Bundesgerichtshofs handeln niedergelassene, für die vertragsärztliche Versorgung zugelassene Ärzte bei Wahrnehmung der ihnen in diesem Rahmen übertragenen Aufgaben weder als Amtsträger (noch als Beauftragte der gesetzlichen Krankenkassen (§ 299 StGB), sodass die Korruptionstatbestände des Strafgesetzbuchs für niedergelassene Vertragsärzte grundsätzlich nicht anwendbar sind. Auch die auf den Vermögensschutz ausgerichteten Straftatbestände der Untreue (§ 266 StGB) und des Betrugs (§ 263 StGB) können das Geben und Nehmen von Bestechungsgeldern nur eingeschränkt erfassen und decken den Unrechtsgehalt von Korruption nicht hinreichend ab. Damit bestehen bei der strafrechtlichen Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen Lücken, die durch den vorliegenden Gesetzentwurf geschlossen werden sollen.

#### Verfahrensstand

Referentenentwurf 4.2.2015

# BMVZ

## Vorhaben

### Versorgungsstärkungsgesetz

#### Inhalt

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zielt insbesondere darauf ab  
- auch künftig eine flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen, - Rahmenbedingungen für die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung weiter zu flexibilisieren und zu verbessern, dies beinhaltet die Förderung der Versorgungsorientierung der Vergütungsregelungen sowie die angemessene Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen,  
- den Versicherten einen schnellen und sektorenübergreifend durchgehenden Zugang zur medizinischen Versorgung zu verschaffen, um so die Situation der Versicherten im konkreten Versorgungsalltag zu verbessern; dazu zählen insbesondere, die Wartezeiten auf Facharzternsteine zu verringern und die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung durch eine Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,  
- Innovationen in der Versorgung und die Versorgungsforschung durch die Schaffung eines dafür vorgesehenen Fonds verstärkt zu fördern,  
- Leistungsansprüche der Versicherten zu erweitern, z. B. auf die Einholung einer Zweitmeinung vor bestimmten Eingriffen oder in der medizinischen Rehabilitation,  
- den Gestaltungsspielraum der Krankenkassen insbesondere beim Abschluss von Verträgen im Wettbewerb zu vergrößern,  
- die Nutzenbewertung neuer Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse zu stärken.

#### Verfahrensstand

Referentenentwurf 13.10.2014

Kabinettsentwurf 17.12.2015

1. Lesung Bundestag 5.3.2015



## Auszug aus dem Koalitionsvertrag von 12/2013

Seite 54

Künftig werden auch arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren zugelassen.

Außerdem wird es auch Kommunen ermöglicht, Medizinische Versorgungszentren zu gründen; davon unberührt gilt der Vorrang eines ärztlichen Bewerbers (§ 103 Abs. 4c SGB V).

Bei Vergütung und Zulassung dürfen die Medizinischen Versorgungszentren im Rahmen des bestehenden Rechts nicht benachteiligt werden.

Passage aus dem aktuellen Koalitionsvertrag von SPD & CDU/CSU

### Änderungen bei der Gründungsvoraussetzungen



#### Erfordernis des Fachübergriffs

#### Kommunales MVZ

- in Umsetzung des Koalitionsvertrages soll mit dem VSG künftig auch die Gründung **arztgruppengleicher MVZ** zulässig sein
- hinsichtlich zulässiger MVZ-Trägerschaften wird an der Begrenzung auf Vertragsärzte und Krankenhäuser grundsätzlich festgehalten
- daneben wird den nicht-ärztlichen Dialyseträgern mit den Kommunen eine weitere Ausnahme von der vorstehenden Trägergrundregel hinzugefügt

→ vorgesehen ist dabei weder ein Nachrang für kommunale Gründungen noch eine Beschränkung auf unversorgte Regionen

→ im Wesentlichen sind aber konkrete Umsetzungsfragen weitgehend ungeklärt – grundsätzlich sind jedoch auch kommunale Gründungen sämtlichen sozial- und vertragsärztlichen Regelungen unterworfen

## Änderungen bei Betriebsprozessen laufender MVZ

**BMVZ**

### Auswahlentscheidung im Nachbesetzungsverfahren

### Trägerinterne Sitzverlegung

- in den Kriterienkatalog der Zulassungsausschüsse, mit dem dieser im Nachbesetzungsverfahren den geeigneten Bewerber ermittelt, wird ein MVZ-spezifisches Kriterium ergänzt
- mit dem Kriterium der ‚Ergänzung eines besonderen Versorgungsangebotes‘ soll es MVZ ermöglicht werden, sich auch ohne bereits einen konkreten Arzt für die Stelle vorweisen zu können, auf einen Arztsitz bewerben zu können
- daneben ist es Absicht des Gesetzgebers, es MVZ-Trägern, die mehrere MVZ betreiben, die Sitzverlegung zwischen den einzelnen MVZ zu ermöglichen
  - *die diesbezügliche Änderung in § 24 ZV-Ä wirft jedoch in der Formulierung des Kabinettsentwurfes tendenziell mehr Fragen auf, als sie löst*

## Modernisierung der Zulassungsverordnung - Veränderungen für angestellte Ärzte

**BMVZ**

### Vertretung angestellter Ärzte

### Gebühren im Zulassungsverfahren

### Ruhen der Zulassung

- durch den gesamten Gesetzentwurf durchzieht sich die Erkenntnis, dass angestellte Ärzte in der ambulanten Medizin zunehmend einen ‚Normalfall‘ neben dem klassischen Vertragsarzt darstellen
  - *textliche Anpassungen an vielen Stellen, aber auch inhaltliche Klarstellungen zum Gleichbehandlungsgebot zwischen Vertragsärzten und angestellten Kollegen*
- insbesondere sollen die Vorgaben der Ärzte-Zulassungsverordnung zu **Vertretungsregelungen** an die besonderen Belange der Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Problematik angepasst werden
- gleichzeitig Anerkennung der Andersartigkeit von Anstellungsverhältnissen beim Antragsverfahren
  - *Reduktion der Zulassungsgebühren um die Hälfte für alle im Zusammenhang mit Anstellungen stehenden Zulassungsvorgänge*
- Erstreckung der Vorschriften zum Ruhen von Zulassungen auf Anstellungs-genehmigungen, jedoch keine Verlängerung der Nachbesetzungsfristen

## Gleichbehandlung bei Plausiprüfungen – Veränderungen für angestellte Ärzte

### BMVZ

**Plausi-Zeiten  
sind keine  
Arbeitszeiten**

**Altfälle**

- Rechtliches Gleichbehandlungsgebot zwischen Vertragsärzten und angestellten Kollegen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfungen,
- Plausiprüfungen sollen wieder nach dem gleichen Prüfkriterien ablaufen, wie für Vertragsärzte, und nicht nach diskriminierenden Sonderregelungen (Grundlage ist „Zulassungsstatus“ und nicht Arbeitsvertrag)
- Auch noch nicht rechtlich abgeschlossene „Plausi - Verfahren“ werden mit erfasst

### BMVZ

## Versorgungsstärkungsgesetz Fazit zum Themenschwerpunkt MVZ

**Im Gegensatz zur Vorgängerregierung wird :**

- die längst vorhandene Pluralität der Versorgungsakteure und –strukturen rechtlich anerkannt und positiv weiterentwickelt. Dies ist ein wichtiger Schritt zur Gleichberechtigung und Anerkennung der guten Arbeit der MVZ.

Der BMVZ begrüßt diesen Teil des VSG ausdrücklich.

**Im VSG nicht thematisiert werden zudem:**

- MVZ-Trägerschaftseingrenzung
- Nachrang von Krankenhaus-MVZ im Auswahlverfahren
- Frage der KV-Mitgliedschaft des „MVZ als solchem“
- ungleiche Vergütung ärztlicher Versorgungsleistungen im MVZ durch den EBM (FZ)

The image shows a flyer for the BMVZ (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren-Gesundheitszentren-Integrierte Versorgung e.V.). The top left features the large 'BMVZ' logo with the text 'Bundesverband Medizinische Versorgungszentren-Gesundheitszentren-Integrierte Versorgung e.V.' below it. To the right, a text block reads: '... die Plattform für zukunftssichere Kooperationen in der Gesundheitsversorgung'. Below this is a graphic of three interlocking blue gears, each containing a black question mark. To the right of the gears is a contact section: 'Kontakt: Dr. Bernd Köppl'. Further down, there's information for the 'Bundesverband MVZ': 'Schumannstr. 18, 10117 Berlin', with contact details: 'Tel: 030 - 270 159 50', 'Fax: 030 - 270 159 49', and 'Mail: b.koeppl@bmvz.de'. A small inset photo shows a sign that says 'WIR die Ärzte des MVZ sind weiterhin für SIE da!'. At the bottom left, there's a note: '\*Die Geschichte zum Foto: Am 30. Juni 2014 wurde das Krankenhaus der baden-württembergischen Stadt Eppingen mit einem Schild an der Eingangstür werden die Patienten seit dem mit diesem Hinweis begrüßt. (Foto: Alexander Koenig)'