

## Das MVZ im Versorgungsstrukturgesetz –

### Ein Bericht zur Verbandsarbeit und eventuellen Handlungsnotwendigkeiten für das einzelne MVZ

---

#### **!ZU BEACHTEN!**

*Soweit in dem Text Meinungen, Interpretationen oder Vermutungen geäußert werden, stellen diese Äußerungen subjektive Einschätzungen dar, die entsprechend einzuordnen sind. Darüber hinaus sei darauf hingewiesen, dass dieser Text eine pragmatisch-analytische Betrachtung und keinen primär juristisch orientierten Kommentar darstellt.*

Eine Analyse & Meinungsäußerung des BMVZ e.V.  
20. Dezember 2011

Kontakt unter:

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

**BMVZ e.V.**

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

Tel.: **030 – 270 159 50**

Mail: **bmvz@bmvz.de**

#### **Erläuterungen und Ausführungen zu ...**

---

- Seite 1** Gründungsberechtigung
- Seite 3** Ärztliche Leitung
- Seite 5** Bestandsschutzregelung
- Seite 6** Rückumwandlung von Anstellungen in  
Vertragsarztzulassungen
- Seite 8** Stilllegungs- und Niederlassungsvorbehalt im  
Nachbesetzungsverfahren
- Seite 12** Klarstellung zur Genehmigungsfähigkeit von  
Zweigpraxen
- Seite 14** Verlegungsvorbehalt aus Gründen der  
vertragsärztlichen Versorgung

## 1) Gründungsberechtigung

---

Dass die Berechtigung zur MVZ-Gründung eingeschränkt werden soll, ist als Absichtsbekundung der Regierungsfractionen bereits Bestandteil des Koalitionsvertrages von 2009 gewesen. Die dazu kontrovers geführte Debatte hatte einen Kabinettsentwurf zum Ergebnis, nach dem künftig nur noch zugelassene Ärzte und Krankenhäuser sowie gemeinnützige Träger, die aufgrund von Ermächtigung oder Zulassung an der Versorgung der Versicherten teilnehmen, gründungsberechtigt sein sollten. Die letztgenannte Ausnahmeklausel zielte dabei hauptsächlich darauf ab, gemeinnützigen Dialyseträgern, wie dem KfH, die MVZ-Gründung weiter zu ermöglichen.

Im Ergebnis des parlamentarischen Diskussionsprozesses fand jedoch noch eine darüber hinausführende Aufweichung des Ausschlusses dritter Träger statt, mit der unabhängig von der Gemeinnützigkeitsbedingung allen Trägern von Dialyseleistungen nach § 126 SGB V die MVZ-Gründungsberechtigung auch weiterhin zugesprochen wurde. Neben Vertragsärzten und Krankenhäusern bleiben in der Konsequenz also auch alle Dialyseträger sowie zusätzlich diejenigen gemeinnützigen Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der Versichertenversorgung teilnehmen, gründungsberechtigt.

Die Aufnahme der privaten Dialyseträger in den durchaus exklusiven Kreis der noch gründungsberechtigten dritten Träger ist dabei in höchstem Maße inkonsequent, legt man die früheren Aussagen der Koalition als Maßstab zugrunde, wonach vor allem private Träger mit den ihnen unterstellten 'vorrangigen Renditeinteressen' von der MVZ-Gründung ausgeschlossen werden sollten. Andererseits illustriert diese Ausnahme dankenswerterweise sehr klar, dass dem diesbezüglichen Handeln der Regierungsparteien tatsächlich nur ideologische Beweggründe zugrunde liegen, die offensichtlich nicht einmal für die Koalitionäre selbst wichtig und richtig genug zu sein scheinen, um nicht nach Gutdünken Ausnahme machen zu können.

Die fehlende Sachlogik und Stringenz dieser Regelung von Beginn an anprangernd hat der BMVZ immer wieder betont, dass es dem gesamten Regelungskomplex 'MVZ-Gründungsberechtigung' in der von der Regierungskoalition intendierten Form an objektiv belastbaren Begründungen

mangelt und die Neuregelungen zur Trägerschaft damit juristisch und politisch ausgesprochen fragwürdig sind.

Die Kontroverse über die Einschränkung der MVZ-Gründungsberechtigung wurde vom BMVZ daher mit dem Ziel, den geplanten Passus zum Ausschluss dritter Träger vollständig zu kippen, geführt. Unter Anderem wurde mittels eines umfangreichen Rechtsgutachtens rein juristisch die Inkonsistenz zwischen Zielstellung, Begründung und gewähltem Mittel kritisch hinterfragt, und im Ergebnis unmissverständlich festgestellt, dass u. A. wegen der Diskrepanz zwischen behaupteter Zielstellung und vorgesehener Mittel das Versorgungsstrukturgesetz hinsichtlich der MVZ-Trägereingrenzung grob verfassungswidrig ist und gegen europäisches Recht verstößt.

Diese Argumente, die in ihren wesentlichen Teilen auch vom Deutschen Anwaltsverein in dessen Stellungnahme thematisiert wurden, blieben im Gesetzgebungsprozess leider unberücksichtigt. Eine Klärung wird hier entsprechend über die rechtliche Auseinandersetzung herbeigeführt werden müssen. Wegen der vorgesehenen Bestandsschutzregelung für zum Tag des Inkrafttretens des Gesetzes bereits zugelassene MVZ – die laut Gesetzesbegründung auch das Recht auf Erweiterungen und Rechtsformumwandlungen mit umfasst (vgl. Absatz 3 weiter unten) - besteht hier aber für die bereits zugelassenen MVZ in aller Regel kein akuter Handlungsbedarf.

Im Weiteren ist aber nach wie vor mangels expliziter Klärung nicht wirklich sicher, ob Zahnärzte und Psychotherapeuten, die gemäß § 72 Absatz 1 SGB V Vertragsärzten hinsichtlich vieler im SGB V nachfolgender Regelungen gleichgesetzt sind, weiterhin MVZ-gründungsberechtigt bleiben. Nach der üblichen MVZ-Systematik gelten sie als dritte Träger und wären damit künftig aus dem Gründerkreis ausgeschlossen – dies aber im Regelungswiderspruch § 72 SGB V. Da vom Bindungsgrad her die SGB V-Regelung aber weit über der MVZ-Systematik anzusiedeln ist, gehen wir davon aus, dass diese Gruppen auch weiterhin MVZ-gründungsberechtigt sind.

## 2) Ärztlicher Leiter

---

Das Versorgungsstrukturgesetz sieht vor, dass zukünftig der ärztliche Leiter im MVZ verpflichtend auch selbst ärztlich tätig werden muss. Diesem Erfordernis ist von allen MVZ ab Inkrafttreten Rechnung zu tragen – Bestandsschutz wird in dieser Frage nicht eingeräumt. Da gleichzeitig jedoch mit Gesetzesrang festgelegt wird, dass MVZ erst sechs Monate nach dem eines der Gründungserfordernisse – etwa die Beteiligung von mindestens zwei Fachgruppen oder eben die Bestellung eines Ärztlichen Leiters, der im MVZ selbst praktiziert – nicht mehr erfüllt wird, die Zulassung entzogen werden kann, besteht faktisch eine Übergangsfrist von einem halben Jahr, um den Ärztlichen Leiter, falls nicht ohnehin bereits erfüllt, dann gesetzeskonform zu bestellen.

Dies dürfte nach unserer Einschätzung in der Praxis kein größeres Problem darstellen, da z. B. einem angestelltem Arzt durch entsprechende arbeitsrechtliche Vereinbarungen die Aufgabe des ärztlichen Leiter übertragen werden kann. Da der Gesetzgeber es verabsäumt hat, hier – wie vom BMVZ angeregt - konkrete Vorgaben zur Definition von Funktion und Aufgabenbereich des Ärztlichen Leiters vorzunehmen, gibt es auch künftig keine formalen Anforderungen an die Berufung und/oder Ausgestaltung der Ärztlichen Leitung. Man kann also die 'Stellenbeschreibung' des Ärztlichen Leiters wahlweise sehr eng fassen oder ihm tatsächliche Führungsaufgaben übertragen.

Für die Bestellung des Ärztlichen Leiters gilt daher im Grunde immer noch das, was die damals zuständige Referatsleiterin des BMG 2004 ausgeführt hat:

*"Als Nachweis der Erfüllung der Voraussetzung der ärztlichen Leitung ist zulassungsrechtlich deshalb nur zu verlangen, dass das MVZ über einen ärztlichen Leiter verfügt, der neben der ärztlichen Tätigkeit in seinem Fachgebiet für die Organisation der ärztlichen Versorgung verantwortlich ist, dem aber bei der ärztlichen Behandlung der Einzelfälle durch die anderen angestellten Ärzte kein fachspezifisches Weisungsrecht zusteht, da eine fachliche Einflussnahme wegen fehlender Fachgebietsidentität zwischen ihm und den anderen im MVZ tätigen Ärzten nicht zulässig ist. Die Anstellung des ärztlichen Leiters*

*bedarf ebenso wie die der anderen angestellten Ärzte der Genehmigung des Zulassungsausschusses und ist unter denselben persönlichen (zum Beispiel Eintragung ins Arztregister) und bedarfsplanungsrechtlichen Voraussetzungen zu erteilen."*

(Erika Behnsen in 'Das Krankenhaus' Heft 8/2004)

Für das neue Kriterium 'selbst im MVZ tätig sein' gilt darüber hinaus nach einvernehmlicher Spruchpraxis der KVen – soweit wir darüber Kenntnis haben - die ärztliche Tätigkeit im Umfang eines Viertelversorgungsauftrages als Minimalanforderung. Eine verbindliche Regelung dazu lässt sich allerdings weder aus der bisherigen Gesetzeslage noch aus der geplanten künftigen herleiten.

### 3) Bestandsschutzregelung

---

Die Neufassung des § 95 SGB V beinhaltet eine sehr weitreichende Bestandsschutzregelung – zumindest wenn man die amtliche Begründung zu dieser Regelung in die Betrachtung mit einbezieht. Nach deren Wortlaut bedeutet Bestandsschutz hier, dass zum Stichtag bestehende MVZ *'alle Handlungsoptionen eines MVZ wahrnehmen können, insbesondere frei werdende Arztstellen nachbesetzen, weitere Vertragsarztsitze hinzunehmen, sich auf nach § 103 Absatz 4 ausgeschriebene Vertragsarztsitze bewerben sowie Änderungen in der Organisationsstruktur des medizinischen Versorgungszentrums vornehmen, etwa bezüglich der Rechtsform, der Trägerstruktur oder der Gesellschaftsverhältnisse.'*

Folglich bleiben alle MVZ, die bereits zugelassen sind, bestehen und haben auch in der Zukunft formal alle Entwicklungschancen. Offensichtlich soll hier den MVZ das Schicksal der früheren Polikliniken erspart bleiben, denen trotz Bestandsschutzes Mitte der 90er Jahre aufgrund unklarer gesetzlicher Vorgaben nach jahrelangem Rechtsstreit und höchstgerichtlicher Rechtsprechung versagt wurde, sich über den zum Stichtag bestehenden Umfang hinaus weiterzuentwickeln.

Unklar sind an dieser Stelle lediglich Detailfragen. Etwa, ob MVZ, die im vierten Quartal 2011 zum Tag der Inkraftsetzung des GKV-VStG (1.1.2012) zugelassen werden, unter den Bestandsschutz fallen.

#### 4) Rückumwandlung von Anstellungen in Vertragsarztzulassungen

---

Der neue § 95 Abs. 9b SGB V sieht vor, dass ein Arztsitz, auf dem ein angestellter Arzt tätig ist, wieder in eine vertragsärztliche Zulassung umgewandelt werden kann. Über eine Verweisung in den entsprechenden Paragraphen gilt dieses Recht auch für einzelne MVZ-Sitze.

Damit hat ein MVZ gemäß § 103 Abs. 4a SGB V in der Beschlussfassung des GKV-VStG die Möglichkeit, einen MVZ-Sitz wieder zu personalisieren - dies aber ausschließlich auf Antrag des MVZ, bzw. des Zulassungsträgers. Obwohl vielfach so verstanden, bedeutet diese Regelung nämlich gerade nicht, dass angestellte Ärzte die von ihnen besetzten Sitze aus eigener Befugnis aus dem MVZ herauslösen können. Die Stabilität eines Angestellten-MVZ wird somit durch diese Regelung nicht gefährdet. Das Gegenteil ist der Fall.

Denn durch die Möglichkeit, nicht mehr benötigte Sitze rückumwandeln zu können, wird die Einbahnstraße, die die Sitzeinbringung in ein MVZ bis dato darstellte, zugunsten einer Rechtsangleichung an die Möglichkeiten der niedergelassenen Kollegen geöffnet. Für diese daher durchweg als positiv einzuschätzende Neuregelung sind insbesondere zwei Anwendungsfälle denkbar.

Zum Ersten kann so die Nachfolge und Weiterführung eines MVZ durch Ärzte gesichert werden, die als Angestellte in diesem Zentrum tätig waren und denen nun, im Einvernehmen zwischen Träger und angestelltem Arzt eine gesellschaftsrechtliche Verantwortung im MVZ übertragen werden soll. Bis dato war dies praktisch ausgeschlossen, da einerseits angestellten Ärzten die Träger-eigenschaft durch das SGB V versagt wird - und auch nach diesem Reformgesetz weiter versagt werden wird - während andererseits wegen der größtenteils bestehenden Zulassungsbeschränkungen in aller Regel galt: *'einmal angestellter Arzt, immer angestellter Arzt.'*

Mit der Regelung wird nun eine bedarfsplanungsneutrale Möglichkeit geschaffen, angestellten Ärzten mit Rechtsanspruch den Vertragsarztstatus zu gewähren, sofern das MVZ - oder bei Praxen mit angestellten Ärzten der anstellende Arzt - auf den entsprechenden Sitz zugunsten des bis dato angestellten Arztes verzichtet. Zugriffsrechte der Zulassungsgremien (siehe

auch Kapitel 4) würden bei diesem Vorgang keinen Vorrang entfalten.

Im Grunde stellt dieses Vorgehen also eine Umkehrung der Sitzeinbringung in ein MVZ dar und könnte daher analog auch als 'Sitzausbringung' bezeichnet werden. Wobei der so geschaffene Vertragsarztsitz – unter Berücksichtigung der Statusänderung und den damit verbundenen umfassenden Handlungsfreiheiten für den vormals angestellten Arzt – auch im MVZ verbleiben kann.

Zum Zweiten kann der Sitzinhaber, respektive das MVZ bei Bekanntgabe der Rückumwandlungsabsicht zugleich eine reguläre Nachbesetzung per Ausschreibung für diesen Sitz beantragen, was die Grundlage dafür darstellt, einzelne Sitze eines MVZ wieder zu veräußern. Eine Möglichkeit, die bis dato nicht bestand, da ein MVZ nur die ganze Zulassung, d.h. alle Sitze gleichzeitig, übertragen durfte. In der Gesetzesbegründung ist in diesem Zusammenhang explizit von '*wirtschaftlicher Verwertung*' die Rede, was etwas wundert, wenn man sich die bisherigen Aussagen zum 'Zulassungshandel' vor Augen hält. Letztlich trägt das Gesetz an dieser Stelle aber nur den tatsächlichen Realitäten Rechnung und vollzieht damit in der Rahmengesetzgebung eine längst überfällige Anpassung an das 'echte Leben'.

Nach dem Willen des Gesetzgebers soll diese Umwandlungsmöglichkeit nicht nur für ganze Arztsitze, sondern analog auch für Sitze, die lediglich einem halben Versorgungsauftrag entsprechen, gelten. Schwierig ist hier nur die Aussage in der amtlichen Begründung, dass hinsichtlich der Bewertung dessen, was ein halber, bzw. ein ganzer Sitz sei, nicht allein auf die Mindestsprechstundenzeit gemäß Bundesmantelvertrag-Ärzte abzustellen ist. Vielmehr soll die durchschnittliche Arbeitszeit angestellter Ärzte als Maßstab angelegt werden. Wegen der ihr eigenen Schwammigkeit wird diese Vorgabe in der praktischen Umsetzung mit Sicherheit zu Rechtsstreitigkeiten führen.

Ferner ist auch die Frage noch offen, ob es eigentlich reicht, 'halber' Vertragsarzt zu sein, um Gründerstatus zu erlangen und damit, wie oben beschrieben, den Trägerwechsel an einen im MVZ angestellten Arzt zu vollziehen. Klar ist aber, dass diese Regelung keine Lösung für MVZ in Verbundstrukturen darstellt, die einzelne Sitze als trägerinterne Angelegenheit von einem Standort an einen anderen verlegen wollen.



## 5) Vorkaufsrecht de KVen

*respektive Stilllegungsbefugnis des Zulassungsausschusses*

**Vorkaufsrecht der Vertragsärzte im Nachbesetzungsverfahren,  
respektive Ergänzung der Kriterien bei der Auswahlentscheidung**

---

Im Laufe der parlamentarischen Debatte hat es zum Thema des Vorkaufsrechts eine Vielzahl von Diskussionen, betreffend der Umsetzung, der Sinnhaftigkeit und der Finanzierbarkeit, gegeben, die nicht zuletzt vom BMVZ befeuert wurden. In der Konsequenz wurde durch einen von CDU/CSU und FDP gemeinsam getragenen Änderungsantrag sowohl das Vorkaufsrecht der KV als auch das Vorkaufsrecht für Vertragsärzte im Nachbesetzungsverfahren aus der letztlich vom Bundestag beschlossenen Gesetzesfassung gestrichen.

Beide 'Vorkaufsrechte' wurden jedoch ergebnisähnlich in andere Verfahren übergeleitet, diese allerdings in ausschließlicher Verantwortung des Zulassungsausschusses und unter Umgehung der komplexen Umsetzungsfragen, die sich aus dem Vorkaufsrecht ergeben hätten. Das Vorkaufsrecht der KV wird in einen 'Stilllegungsvorbehalt des Zulassungsausschusses vor Einleitung eines Nachbesetzungsverfahrens' und das Vorkaufsrecht der Vertragsärzte in einen 'vom Zulassungsausschuss bereits bei der Auswahlentscheidung zu berücksichtigenden Vorrang gegenüber nicht mehrheitlich vertragsärztlich geführten MVZ' überführt.

Aber auch mit diesen Änderungen bleibt es dabei, dass beide Vorbehalte – d.h. die Stilllegungsbefugnis und die vorrangige Berücksichtigung von niedergelassenen Ärzten bei der Auswahlentscheidung - in der MVZ-Praxis eher eine untergeordnete Rolle spielen dürften, und das unabhängig von praktischen Umsetzungsfragen. Denn beide Vorbehalte finden nach unserer Interpretation des Gesetzestextes nur Anwendung auf Vorgänge, bei denen sich ein MVZ nach § 103 Abs. 4 SGB V auf eine ausgeschriebene Praxis bewirbt und beziehen sich daher nur auf Nachbesetzungsverfahren im Wege der förmlichen Sitzaus-schreibung.

MVZ-interne Nachbesetzungen eines angestellten Sitzes werden von diesen Vorschriften nach unserer begründeten Auffassung nicht erfasst. Dass der Vorgang in beiden Fällen als 'Nachbesetzung' bezeichnet wird, verschleiert

nämlich, dass es sich inhaltlich und rechtssystematisch um zwei völlig verschiedene Vorgänge handelt. Von dieser wichtigen Ausnahme einmal abgesehen gilt diese Regelung im Übrigen für sämtliche Ausschreibungen, d.h. sie stellt nichts MVZ-Spezifisches dar.

#### Zur Sitzstilllegungsoption:

Vom praktischen Vorgehen her ist laut dem vom Bundestag beschlossenen Gesetzestext vorgesehen, dass in überversorgten Planungsbereichen der Antrag eines abgebenden Arztes oder MVZ auf Fortführung der Praxis durch Nachbesetzung im Ausschreibungsverfahren vom Zulassungsausschuss künftig nicht mehr einfach als gegeben umzusetzen ist. Stattdessen ist vom Ausschuss zunächst eine Entscheidung zu treffen, ob dem Antrag auf Nachbesetzung stattzugeben oder dieser, mit der Folge der Sitzstilllegung, abzulehnen ist. Für den Fall, dass dabei im Zulassungsausschuss zwischen Kassen- und KV-Vertretern eine durch Stimmgleichheit ausgedrückte Uneinigkeit über die Stilllegung eines konkreten KV-Sitzes besteht, stellt der Gesetzgeber klar, dass dann dem Antrag auf Weiterführung des Sitzes zu entsprechen ist.

Weiterhin ist geklärt, dass die Folge einer Ablehnung des Antrages auf Nachbesetzung der Wertausgleich der Praxis durch die KV – allerdings zum Verkehrswert und nicht zwingend zum eventuell bereits mit dem avisierten Nachfolger vereinbarten Kaufpreis - wäre.

Nach den Aussagen des Bundesgesundheitsministers und dem darauf aufbauenden Hörensagen in den Selbstverwaltungsorganen soll es allerdings in 2012 nicht zu derartigen Stilllegungen kommen. Stattdessen soll das Jahr 2012 zunächst dazu genutzt werden, belastbar den tatsächlichen Versorgungsbedarf der einzelnen Regionen zu ergründen, um überversorgte Gebiete überhaupt realistisch von nicht überversorgten Gebieten unterscheiden zu können, was mit dem Instrumentarium der vorhandenen rein mathematischen Bedarfsplanung nach Verhältniszahlen nicht sinnvoll möglich ist.

#### Zum Nachrang von MVZ im Auswahlverfahren

Dem Zulassungsausschuss sind zur Ermittlung des geeignetesten Bewerbers im Nachbesetzungsverfahren seitens des Gesetzgebers in § 103 IV SGB V Auswahl-

kriterien an die Hand gegeben worden, die mit dem Versorgungsstrukturgesetz von vier auf sieben Parameter erweitert wurden. Leider ist man hier nicht unserem Vorschlag gefolgt, den Kriterienkatalog gleich um eine achte Ziffer mit zu erweitern und die 'Einbindung in ein medizinisches Gesamtkonzept' als gleichrangiges Auswahlkriterium einzufügen. Entsprechend hatten wir immer wieder kritisiert, dass bei dieser Erweiterung den Belangen von MVZ und anderen ärztlichen Kooperationen nicht genügend Rechnung getragen wird.

In der Konsequenz haben die Ausschüsse die einzelnen Bewerber und damit auch ein sich eventuell um den Sitz bewerbendes MVZ ab den 1.1.2012 nach den folgenden Kriterien auf Eignung zu bewerten:

1. *die berufliche Eignung,*
2. *das Approbationsalter,*
3. *die Dauer der ärztlichen Tätigkeit,*
4. *eine mindestens fünf Jahre dauernde vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat,*
5. *ob der Bewerber Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes ist,*
6. *ob der Bewerber ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde,*
7. *ob der Bewerber bereit ist, besondere Versorgungs-bedürfnisse, die in der Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung definiert worden sind, zu erfüllen.*

Mit dem kurz vor der abschließenden Bundestagslesung von den Regierungsparteien eingebrachten Änderungsantrag zur Nachrangigkeit von MVZ im Bewerbungsverfahren haben die Koalitionsparteien nun quasi über die Hintertür ein achttes Kriterium – versteckt in § 103 Absatz 4c – ergänzt, nach dem *"bei der Auswahl des Praxisnachfolgers ein medizinisches Versorgungszentrum, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, die in dem medizinischen Versorgungszentrum als Vertragsärzte tätig sind, gegenüber den übrigen Bewerbern nachrangig zu berücksichtigen ist."*

Dagegen sind natürlich dieselben prinzipiellen Einwände wie gegen das zuvor geplante vertragsärztliche Vorkaufsrecht vorzubringen. Dass nämlich eine Orientierung der Auswahlentscheidung am berufsrechtlichen Status des

Bewerbers nicht sachgerecht ist und dem Gleichheitsgrundsatz widerspricht, insbesondere wenn zum Ziel dieser Regelung in der Gesetzesbegründung ausgeführt wird, dass damit gezielt die Niederlassung selbständiger Ärzte gefördert werden soll. Der Verband wird sich daher hier entsprechend positionieren.

Im Übrigen greift aber auch hier der Bestandsschutz, d.h. die Bevorzugung vertragsärztlicher Bewerber bei der Auswahlentscheidung darf nicht in Fällen zur Anwendung gebracht werden, in denen sich ein MVZ bewirbt, das unter den Bestandsschutz fällt. Praktisch ließe sich aber eine solche Benachteiligung bei dem jetzt gewählten Weg natürlich kaum nachweisen, geschweige denn wirksam angreifen.

## 6) Klarstellung zur Genehmigungsfähigkeit von Zweigpraxen

---

Schon im Kabinettsentwurf vom Juni 2011 waren Regelungen enthalten, die im Zusammenspiel eine spürbar Flexibilisierung der ärztlichen Berufsausübung zu Folge gehabt hätten. Dazu zählen vor allem die Aufhebung der Residenzpflicht und die Absenkung der Anforderungen, die an die Genehmigungsfähigkeit einer Zweigpraxis gestellt werden.

Zusätzlich folgt die Beschlussfassung des Versorgungsstrukturgesetzes hier – und das ist uneingeschränkt positiv – noch einer weiteren wesentlichen Forderung des BMVZ: Durch weiterführende Klarstellung zur Genehmigungsfähigkeit von Zweigpraxen wird endlich auch mit einigen nicht sachgerechten Beschränkungen aufgeräumt, die im Ergebnis uneinheitlicher Rechtsfortbildung durch die Gerichte bis dato für Probleme bei der Zweigpraxengenehmigung gesorgt hatten.

Im Ergebnis besteht ab Januar 2012 folgende Sachlage: Während nach geltendem Recht eine sich durch die Zweigpraxis am Hauptstandort eventuell ergebende Minderversorgung bis dato immer zur Nichtgenehmigung der beantragten Nebenbetriebsstätte führt, sind künftig bei der Genehmigungsentscheidung über einen Zweigpraxenantrag gegebenenfalls eintretende Nachteile am Hauptstandort gegenüber Versorgungsvorteilen am Nebenstandort abzuwägen. Für diese Abwägungsentscheidung im Ermessen der KVen wurde mittels eines Ende November eingereichten Änderungsantrages mit Gesetzesrang beschlossen, dass *"geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes unbeachtlich [sind], wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden."* Damit dürften im Regelfall künftig der Genehmigung einer Zweigpraxis kaum noch objektive Gründe entgegenstehen.

Für die MVZ wesentlich wurde darüber hinaus mit Gesetzesrang unmissverständlich klargestellt, dass es zum Einen für die Genehmigungsfähigkeit eines Zweigpraxenantrages nicht erforderlich ist, dass in der Zweigpraxis ein ähnliches Leistungsangebot wie am Vertragsarztsitz angeboten wird; und dass zum Anderen Bestimmungen zu Mindest- und Höchstsprechstundenzeiten sowie zur Verteilung des Sprechstundenangebotes auf Haupt- und

Nebenbetriebsstätten im Falle der MVZ nicht für den einzelnen Arzt, sondern für den Zulassungsträger, also das MVZ als Gesamtstruktur, gelten. Die Bundesmantelvertragspartner erhalten jedoch die Möglichkeit, bundeseinheitliche Ausnahmen von diesem Grundsatz zu regeln.

In der Folge bestünde künftig – vorbehaltlich der Regelungsbefugnis für die BMV-Partner, aber theoretisch ohne, dass die KVen hiervon in ihrer Sprechpraxis wieder eigenmächtig abweichen könnten - zum Einen die Möglichkeit, eine Zweigpraxis mit einer Fachrichtung zu betreiben, die am Hauptort gar nicht vorgehalten wird. Zum Anderen kann die Zweigpraxis in Vollzeit mit einem Arzt besetzt werden, der ausschließlich dort Sprechstunden abhält, da sich künftig die Erfordernis, die Zweigpraxis auch in ihrem zeitlichen Umfang nur als Nebenbetriebsstätte zu betreiben, ganz klar nicht an der Sprechstundenzeit des einzelnen Arztes, sondern am Sprechstundenangebot des MVZ als Ganzes orientiert.

Bezeichnenderweise hat hier der Gesetzgeber gerade in Bezug auf diese Regelung in ungewohnter Offenheit seine Ohnmacht gegenüber der Judikative öffentlich gemacht, in dem er in der offiziellen Begründung der oben beschriebenen Klarstellung zum zeitlichen Umfang einer Zweigstelle folgende Bemerkung wörtlich einfügte, um die eigentliche Unnötigkeit dieser nun beschlossenen Klarstellung zu betonen: *"Dass ein Arzt auch ausschließlich in einer Zweigpraxis tätig sein kann, ergibt sich bereits aus der in Satz 5 des geltenden Rechts getroffenen Regelung, nach der ein Vertragsarzt einen Arzt für die Tätigkeit in der Zweigpraxis anstellen kann. Gleichwohl sind die im Bundesmantelvertrag getroffenen Regelungen in der Rechtsprechung teilweise auf den in einem medizinischen Versorgungszentrum tätigen einzelnen Arzt bezogen worden (vgl. BSG Urteil vom 9. Februar 2011 – B 6 KA 12/10 R). Daher bedarf es der vorgesehenen Klarstellung."* Dieser Erklärung haben wir nichts mehr hinzuzufügen ...

## 7) Verlegungsvorbehalt aus Gründen der vertragsärztlichen Versorgung

---

Während aber die Klarstellungen und Flexibilisierungen hinsichtlich der Zweigpraxen auf der 'Habenseite' stehen, ergibt sich dazu komplementär aus dem Gesetzestext auf der 'Sollseite' die Ausstattung der Zulassungsausschüsse mit dem Recht, Sitzverlagerungen, auf die bis dato innerhalb eines Bedarfsplanungsbereiches ein Anspruch bestand, aus Versorgungsgründen versagen zu können.

Diese Regelung, die mit den kurz vor Beratungsschluss noch eingebrachten Änderungsanträgen explizit auch auf das Verfahren der Sitzeinbringung in ein MVZ nach § 103 Absatz 4a SGB V erstreckt wurde, stellt zwar nicht per se ein Problem dar. Angesichts dessen, dass aber den Zulassungsausschüssen offensichtlich absichtsvoll keinerlei Maßstäbe an die Hand gegeben wurden, was genau Versorgungsgründe sind und wann diese so schwer wiegen, dass ein Verlegungsantrag zu versagen ist, ist unschwer abzusehen, dass diese Regelung in der Praxis zum Problem werden wird und – ehrlicherweise – wohl eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme für Juristen darstellt.

Verschärfend kommt vor dem Hintergrund der Erfahrungen, die MVZ vielerorts mit ihrer KV machen, hinzu, dass mit diesem 'Versorgungsvorbehalt' vergleichsweise leicht bestimmte Praxisstrukturen ausgebremst werden können, ohne dass es einen Weg gäbe, formal dagegen anzugehen.

Argumentativ stehen wir, als Verband, hier vor dem Problem, dass ein solcher Vorbehalt aus versorgungspolitischen Aspekten unmittelbar vernünftig erscheint, weswegen u. A. viele regionale Gesundheitspolitiker quer durch alle Parteien für diese Regelung eingetreten sind. Die von uns gesehene Brisanz ergibt sich erst aus den praktischen Umständen, die Personen und Politikern, die nicht selbst im KV-System unterwegs sind, einfach schwer zu vermitteln sind: Dass nämlich das KV-System unbestritten eine gewisse Willkürkomponente enthält, die durch derartige, ausgesprochen schwammige Vorgaben einfach Vorschub erhält.

Aber das muss an dieser Stelle wohl hingenommen werden. Der BMVZ hatte alternativ zu seiner Forderung nach Verzicht auf die Einrichtung des

Verlegungsvorbehaltes darauf gedrungen, den MVZ im Falle der Sitzeinbringung einen Rechtsanspruch auf Zweigstellengenehmigung für alle Fälle zu gewähren, in denen der Zulassungsausschuss vom Vorlegungsvorbehalt Gebrauch macht. Ziel war, wenn schon nicht die räumliche, so denn wenigstens die organisatorische und gesellschaftsrechtliche Einbindung des neuen Sitzes in das MVZ mit Rechtsanspruch vom Verlegungsvorbehalt auszunehmen. Dem wurde leider nicht gefolgt.

Die umfassenden Klarstellungen zur Genehmigungsfähigkeit von Zweigpraxen (Vgl. Abschnitt 6) lassen aber hoffen, dass es in der Praxis nur wenige Probleme mit der formalen Sitzeinbringung geben wird, wenn das MVZ in Fällen, in denen der Verlegungsvorbehalt zum Tragen zu kommen droht, neben dem Antrag auf Sitzübernahme gleichzeitig auch einen Antrag auf Weiterführung der neuen Praxis am alten Standort, sprich einen Zweigpraxenantrag stellt.