

Vertragsarztstätigkeit am bisherigen Ort in Form einer Zweigstelle des MVZ die Genehmigungsvoraussetzung der 'Verbesserung am anderen Ort' erfüllt, häufig negiert. Dies läuft der besonderen Regelungsabsicht der geplanten SGB V-Änderung zuwider.

Dies gilt insbesondere dann, wenn die Zulassungsgremien der Auffassung sind, dass bei einer Nachbesetzung der der Zweigpraxis zugeordneten Arztstelle eine erneute Prüfung des Versorgungsbeitrags im Sinne des § 24 Absatz 3 Ärzte-ZV erforderlich sein sollte. Dies gilt es zu verhindern, weil ansonsten die Neueinführung des Satzes 2 in § 103 Absätze 4a) sowie 4b) auf Dauer ins Leere laufen würde.

Nachbesetzung Anstellungsgenehmigung: Prüfvorbehalt

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 50 Buchstabe e - bb) + f - bb)

(§ 103 Absätze 4a und 4b SGB V)

Als Neuregelung für alle ärztlichen Angestelltenstellen (sogenannte *Arztstellen*) – gleich ob in Praxis oder MVZ - ist geplant, künftig jeden Personalwechsel unter den Vorbehalt der Erforderlichkeit aus Versorgungsgründen zu stellen. Analog zu den Prüfvorgaben bei der Nachfolge eines Sitzes wird damit den Zulassungsgremien aufgegeben, eine Nachbesetzung abzulehnen, wenn sie aus Versorgungsgründen nicht erforderlich sein sollte.

Diese Änderung ist abzulehnen. Denn zum Ersten ist anzumerken, dass die dem Regelungsvorschlag zugrunde gelegte Analogie zwischen der Nachbesetzung eines Sitzes und der einer Arztstelle auf einer inhaltlich fehlerhaften Inbezugsetzung beruht, die durch die in beiden Fällen gebräuchliche Nutzung des Wortes 'Nachbesetzung' für den jeweiligen Wechselprozess nur eine Scheinlogik entfaltet.

Bei dieser wird übersehen, dass es wesentliche Unterschiede zwischen Nachbesetzungen von Zulassungen und Nachbesetzungen bei Anstellungen gibt.

Nachbesetzung Zulassung: Bei Nachbesetzungen von Zulassungen treffen die Bedarfsvorbehalte auf eine Situation, in welcher dieselbe Person in einen Sitz investiert, von ihm profitiert und dessen Versorgungsrelevanz steuern kann. Zugleich entscheidet die gleiche Person regelmäßig selbst, wann die Nachbesetzung erfolgen soll, kann diese vorbereiten und Stolperfallen vermeiden. Schließlich erfolgen die Nachbesetzungen aufgrund der Verbundenheit mit der eigenen wirtschaftlichen Existenz häufig zum entsprechend subjektiv günstigen Zeitpunkt.

Anders beim angestellte Arzt: Dieser investiert nicht in gleicher Weise und profitiert nicht in gleicher Weise und dessen wirtschaftliche Existenz ist nicht in gleicher Weise mit dem Sitzes und dessen Nachbesetzung verbunden. Die wesentlichen Risiken liegen vielmehr auf der Seite des Arbeitgebers. Der Angestellte kann auch von Rechts wegen nicht in gleicher Weise gebunden werden – davor schützt das Arbeitsrecht. Das schlägt zugleich dem Arbeitgeber, der das wirtschaftliche Risiko trägt, Mittel aus der Hand, welche Versorgungskontinuität und Investitionssicherheit gewährleisten könnten.

Aus diesem Grund wäre die Folge der geplanten Regelung die Gleichbehandlung zweier im Wesentlichen ungleicher Tatbestände. Im Ergebnis würde nicht die augenscheinlich angestrebte Gleichbehandlung, sondern eine im Rechtssinne nicht sachgerechte Ungleichbehandlung begründet.

Zum Zweiten sind MVZ gerade auch in der Konzeption des Gesetzgebers langfristig organisierte Einheiten, die in aller Regel mittels Anstellung von Ärzten komplexe Versorgungskonzepte verfolgen und eine personenunabhängige Kontinuität der Versorgung gewährleisten. Diesem Konzept immanent ist, dass Personalwechsel vergleichsweise häufiger stattfinden als die Praxisaufgabe eines selbständig niedergelassenen Arztes. Würde nun jeder ärztliche Personalwechsel – anders als bisher – an eine erneute Bedarfsprüfung gebunden, wird die Planbarkeit für die Einrichtung als Ganzes deutlich eingeschränkt, da keine Verlässlichkeit bestünde, dass die Arztstelle nachbesetzt werden kann.

In der Folge wären auch langfristige Investitionen z.B. für technische Großgeräte nur noch schwer realisierbar, da in Kombination der Unsicherheiten aus möglicher Kündigung angestellter Ärzte und der Frage, ob die dann notwendige Nachbesetzung genehmigt würde, die geforderte Investitionssicherheit bei einer Abschreibung von - bei diesen Beträgen - bis zu zehn Jahren gegenüber keiner Bank darstellbar ist.

Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu betrachten, dass gleichzeitig nicht vorgesehen ist, konkrete Kriterien, woran die Zulassungsausschüsse die Bedarfsnotwendigkeit messen sollen, vorzugeben. Die Inbezugnahme auf die Regelungen zur Bedarfsprüfung nach § 103 Absatz 3a SGB V legt nahe, dass die Ausschüsse sich an den dort hinterlegten Kriterien orientieren könnten. In der Begründung aus dem Jahr 2015 heißt es dort:

Versorgungsgründe für eine Nachbesetzung können beispielsweise dann anzunehmen sein, wenn ein besonderer lokaler oder qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf besteht oder ein Arztsitz einer speziellen Fachrichtung weiterhin benötigt wird. Weitere Versorgungsgründe sind denkbar. Dabei können auch Mitversorgungsaspekte, Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung oder der Erhalt des besonderen Versorgungsangebotes eines Medizinischen Versorgungszentrums oder einer Berufsausübungsgemeinschaft eine Rolle spielen.

Eine rechtliche Verpflichtung, z.B. das letztgenannte besondere Versorgungsangebot des MVZ oder BAG zu berücksichtigen, besteht jedoch nicht. Im Ergebnis stellte jeder Arztwechsel für den Praxis-Betrieb – verstärkt durch den fehlenden Kriterienkatalogs - ein vom Träger kaum zu kalkulierendes Risiko dar. Dadurch würde eine Situation geschaffen, die – wie bereits beschrieben u. A. auch auf sachfremde Art und Weise in das Arbeitnehmer-Arbeitgeber-Verhältnis eingreift.

Zum Dritten ist zu berücksichtigen, dass durch das Wegfallen einer einzelnen Arztstelle das gesamte Versorgungskonzept, das ein MVZ verfolgt, zerschlagen werden, sowie dass bei sehr kleinen MVZ durch die Verweigerung der Nachbesetzung der zweiten Stelle die Zulässigkeit der ganzen Einrichtung betroffen sein kann. Zu Ende gedacht eröffnet diese Regelung letztlich die Möglichkeit, aufgrund der Unvorhersehbarkeit der Auslegung durch den einzelnen Zulassungsausschuss unter entsprechenden Umständen zielgerichtet die Existenz von MVZ im Allgemeinen sowie einzelner Einrichtungen zu unterminieren.

In jedem Fall wäre garantiert, dass es über einen erheblichen Zeitraum hinweg zu einem bunten Teppich an Ermessensentscheidungen käme - mit den entsprechenden Folgen für die weiteren Rechtsinstanzen, die regulativ Leitplanken entwickeln müssten, sollte diese Regelung wie geplant umgesetzt und den Zulassungsausschüssen nicht gleichzeitig objektive Entscheidungsparameter vorgegeben werden.

Soweit sich in den letzten drei Jahren bei der hier Pate stehenden Bedarfsprüfung im Vorfeld einer Sitzausschreibung herauskristallisiert hat, dass die Zulassungsausschüsse die Versorgungsnotwendigkeit regelhaft immer dann als gegeben ansehen, wenn ein Arzt in den Vorquartalen die für seine Fachgruppe durchschnittliche Fallzahl erreicht hat, ist anzumerken, dass diese Prüfung ohnehin über die Verpflichtung der KVen gemäß § 95 Absatz 3 SGB V regelhaft stattfindet.

Ist es hier doch genau der Regelungszweck, über Prüfung der Einhaltung des Versorgungsumfangs, all diejenigen Ärzte und Praxen zu identifizieren, die – gemessen an Fallzahlen und Kalkulationszeiten – statistisch den Fachgruppendurchschnitt nicht erreichen. Hier wäre die vorgesehene zusätzliche Bedarfsprüfung bei Anstellungswechsel eine unnötige Redundanz, die die Zulassungsausschüsse mit zusätzlicher Arbeit belastet – gleichzeitig aber keinen Mehrwert schafft.

Auch aus diesem vierten Grund ist der Regelungsvorschlag abzulehnen.

Ungeachtet dieser prinzipiellen Ablehnung möchten wir auf die fehlende Verweisung auf § 103 Absatz 3a Sätze 13 bis 14 SGB V hinweisen. Ohne eine solche Bezugnahme auf adäquate Entschädigungsregelungen läge letztlich für den Träger des MVZ eine enteignende Maßnahme vor. Dies halten wir für mit den verfassungsrechtlichen Grundsätzen hinsichtlich des Schutzes von Investitionen und Eigentum nicht vereinbar.

Im Weiteren ist auch zu kritisieren, dass keine Bestandsschutzregelung vorgesehen ist. Und dass – würde man der zugrundeliegenden Analogie zum Verfahren nach § 103 Absatz 3a SGB V folgen – die entsprechende Regelung von Ausnahmetatbeständen völlig fehlt.

Im Ergebnis ist der wenig zielführende Charakter dieser Regelung nochmals zu betonen und festzustellen, dass – anders als in der Begründung ausgeführt – das Maß der geplanten Beschränkung gerade nicht sachgerecht ist, sondern in durch das formulierte Ziel nicht gerechtfertigter Weise weitreichende Einschnitte in den Betrieb und die Planbarkeit von MVZ und BAG, bzw. Praxen mit angestellten Ärzten bedingt würden.

Strukturfond: Finanzierungsziele

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe b - cc)

(§ 105 Absatz 1a SGB V)

Sofern mit dieser Neuregelung Zuschläge für die Investitionskosten bei Neuniederlassung, bei Praxisübernahmen oder bei der Gründung von Zweigpraxen im Raum stehen, wird der Einbezug von MVZ in den Förderkatalog vermisst. Zwar ist dieser als nicht abschließend definiert. Dennoch halten wir, um Auslegungsmisverständnisse zu ver-