

MVZ: zulässige Rechtsformen

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 47 Buchstabe a – bb)

(§ 95 Absatz 1a SGB V)

Mit der Änderung wird klargestellt, dass im Fall eines Trägers mit mehreren MVZ-Hauptbetriebsstätten, auf der gesellschaftsrechtlichen Ebene nicht für jedes MVZ eine eigene MVZ-GmbH zu gründen ist. Diese Klarstellung ist uneingeschränkt zu begrüßen.

Gleichzeitig möchten wir jedoch in diesem Zusammenhang nochmals auf die ungeregelte Problematik der MVZ-Einzelunternehmen verweisen. Diese sind bis 2012 in nicht unerheblicher Zahl von Vertragsärzten gegründet worden, die als Einzelperson nicht den Weg über die GmbH-Gründung gewählt haben, um ihr MVZ rechtlich auszugestalten. Mit der enumerativen Aufzählung der zulässigen Rechtsformen, wie sie sich seit dem GKV-VStG darstellt, verweigern die Zulassungsausschüsse jedoch heute zumeist MVZ-Zulassungen in dieser Rechtsform. Dies hat vor allem Auswirkungen auf diejenigen bestandsgeschützten MVZ-Einzelunternehmen, die im Zuge der Zeit ihre MVZ einem Nachfolger übergeben möchten. Hier sind entsprechend im Zusammenhang mit der künftigen Abgabe der MVZ der ärztlichen Gründer der 'ersten Generation' (*Gründungen 2004 – 2011*) erhebliche Probleme zu erwarten.

MVZ: Gleichwertigkeit der verschiedenen Bürgschaftsleistungen

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 47 Buchstabe b – aa)

(§ 95 Absatz 2 SGB V)

Die Klarstellung wird begrüßt, da sie den Zulassungsgremien, die hier zuletzt teilweise der bereits bestehenden Rechtslage zuwider gehandelt haben, nochmals und unmissverständlich aufgibt, alle angeführten Bürgschaftsleistungen gleich zu behandeln.

KVen: Prüfung der Einhaltung der Versorgungsverpflichtungen

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 47 Buchstabe c – aa)

(§ 95 Absatz 3 SGB V)

Bereits seit dem GKV-VStG obliegt es den Kassenärztlichen Vereinigungen die Einhaltung der jeweils personenspezifischen Versorgungsaufträge der angestellten und Vertragsärzte zu prüfen. Hierzu regelt der Gesetzgeber nun ergänzende Details zur Durchführung und Organisation der Prüfung.

Zwecks Vereinheitlichung der Prüfroutinen und der Schaffung von zusätzlicher Transparenz ist diese Vorhaben zu begrüßen. Jedoch darf es grundsätzlich nicht dazu eingesetzt

werden, dass in Umkehrung des eigentlichen Prüfziels 'fleißigen' Ärzten mit überdurchschnittlichen Fallzahlen oder Prüfzeiten die Zulassung gekappt oder entzogen wird.

Dies stellte sonst durch die Hintertür die Einführung einer doppelten Plausibilitätsprüfung, die originär in § 106d SGB V geregelt ist, dar. Wie bei dieser wäre hier insbesondere bei kooperativ aufgestellten Leistungserbringern, bei denen durch die Charakteristika der Behandlungsfallzählung Fallzahlen und Plausibilitätszeitsummen das eigentliche Leistungsgeschehen stets nur inadäquat wiedergeben wird, besonders und automatisch von Verwerfungen betroffen.

Dies gilt auch für die eigentlich beabsichtige Feststellung, ob und inwieweit Versorgungsaufträge im Sinne eines Mindestsprechstundenangebotes eingehalten werden. Da aufgrund der Eigenheit der Behandlungsfall-Definition jedes MVZ, bzw. jede BAG – unabhängig von Größe und der häufig kooperativen Leistungserbringung auch innerhalb eines Fachs – je Patient stets nur einen Behandlungsfalls im Quartal erzeugt, werden die tatsächlichen Verhältnisse nicht ordnungsgemäß widerspiegelt. So ist – um beispielhaft einen Zusammenhang herauszugreifen - etwa bei Komplexziffern, mit mehreren obligaten Leistungsinhalten vorgeschrieben, dass derjenige Arzt die GOP abrechnet und deshalb auch die ganze Kalkulationszeit zugeordnet bekommt, der die obligate Leistunglegende mit seinem Beitrag vollendet. Dies völlig unabhängig davon, ob den wesentlichen Zeitaufwand und Leistungsinhalt eventuell zuvor seine Kollegen erbracht haben. Gleichzeitig wird der 'Fall' nur dem Arzt zugerechnet, der im MVZ bzw. in der BAG den Erstkontakt zum Patienten hatte.

Die durch diese Zusammenhänge prinzipiell vorhandene, und bei Kooperationen kulmulierende Unschärfe bei der Messung der Versorgungsleistung über Fallzahlen und Kalkulationszeiten ist bei der Formulierung von Rechtsfolgen für den Fall unterdurchschnittlicher Ergebnisse von einzelnen Ärzten dringlich zu berücksichtigen.

Angestellte Ärzte: Gesellschafteranteile am MVZ

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 47 Buchstabe d)

(§ 95 Absatz 6 SGB V)

Mit dem GKV-VSG wurde geregelt, dass die Gründereigenschaft auch für Ärzte erhalten bleibt, die ihren Vertragsarztsitz in ein MVZ zum Zwecke dessen Gründung oder Erweiterung einbringen und sich anschließend dort als angestellte Ärzte betätigen. Dadurch ist es den sogenannten 'Gründerärzten' sinnvollerweise möglich, gleichzeitig Gesellschafter und Angestellter ihres eigenen MVZ zu sein.

Der vorliegende Entwurf erweitert diese Ausnahme um diejenigen angestellten Ärzte, die der zuvor genannten Arztgruppe im MVZ nachfolgt. Diese Regelung wird der Zielrichtung nach unterstützt, ist jedoch im aktuellen Wortlaut nicht zielführend.

Hauptkritikpunkt ist die Begrenzung dieser erweiterten Ausnahme ausschließlich auf diejenigen Ärzte, *'die Gesellschafteranteile der Ärzte nach Satz 4 übernehmen.'* Dies