

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

heißt, dass nachgerade nicht allen angestellten Ärzte die Möglichkeit offen stehen soll, gesellschaftsrechtliche Verantwortung für das MVZ, in dem sie beschäftigt sind, zu übernehmen – sondern ausschließlich der Untergruppe der angestellten Ärzte, die in Vertragsarzt-MVZ tätig sind, die durch Selbstverzicht der Gründerärzte auf ihre vormalige persönliche Zulassung entstanden sind.

In der Konsequenz bestünde hier zum einen eine Dauerausnahme der angestellten Ärzte in Vertragsarzt-MVZ gegenüber allen anderen angestellten Ärzten, die sachlich nicht nachvollzogen werden kann. Zum zweiten ergibt sich die Frage, wie mit MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft diesbezüglich umgegangen wird, die durch Übernahme von ausgeschriebenen oder freien Sitzen gebildet, bzw. erweitert wurden. Schließlich ist es auch für Vertragsärzte zulässig und gelebte Praxis, mehr als ein MVZ zu gründen.

Nimmt man die vorgeschlagene Regelung wörtlich, wäre zudem auch der Fall ungeklärt, dass ein Vertragsarzt-MVZ, bei dem der Gründer nicht im Angestelltenstatus, sondern bis zuletzt als Vertragsarzt die Gesellschaft betreibt, das MVZ einem angestellten Arzt übergeben möchte. Denn die Bedingung des 'Arztes nach Satz 4' wäre – trotz rundum gleicher Umstände – nicht erfüllt.

Begrüßenswerter Regelungszweck ist zwar die Vermeidung von absehbaren Übergabeproblemen bei MVZ, die gegenwärtig von Vertragsärzten betrieben werden. Gleichzeitig ist insgesamt jedoch nicht nachvollziehbar, weshalb die vorgesehene Trägereigenschaft (*eingeschränkt auf die MVZ-Gesellschaft des Arbeitgebers und nur solange das Arbeitsverhältnis besteht*) nicht grundsätzlich allen angestellten Ärzten gewährt werden soll.

Hier verweisen wir auf unseren bereits bekannten Regelungsvorschlag, der durch Vereinfachung der bestehenden Formulierung Transparenz schafft, statt über weitere Auslegungsbedürftige Ergänzungen, das Zulassungsrecht zu komplizieren.

Änderungsvorschlag § 95 Absatz 6 SGB V

*[...] Die Gründereigenschaft nach Absatz 1a Satz 1 **bleibt haben** auch **für die** angestellten Ärzte **bestehen, die auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum verzichtet haben, solange sie in einem dem** medizinischen Versorgungszentrum **der Gesellschaft nach Absatz 1a Satz 1 Halbsatz 2 tätig und Gesellschafter der Gesellschaft Absatz 1a Satz 1 Halbsatz 2 sind.** [...]*

Mit einer solchen Änderung würden *alle* im ambulanten Bereich angestellte tätigen Ärzte einen bedingten, also sich nur auf die jeweils aktuell anstellende MVZ-Gesellschaft bezogenen Gründerstatus erhalten. Dieser würde sich von der originären Gründereigenschaft der Vertragsärzte gemäß § 95 Absatz 1a SGB V insoweit unterscheiden, als dass er zeitlich und räumlich stets auf eine konkrete MVZ-Gesellschaft beschränkt wäre und bliebe.

Es würde also für die angestellten Ärzte eine abhängige, bzw. sachlich beschränkte Trägereigenschaft begründet, die gegebenenfalls z.B. auch an die Bedingung einer mindestens halbtags ausgeübten Versorgungstätigkeit geknüpft werden könnte. Trotz dieser alle angestellte Ärzte umfassenden Ausnahme würde die berufs- und zulassungsrechtliche Statusverschiedenheit von angestellten und Vertragsärzten vollständig gewahrt.

Im Ergebnis könnten angestellte Ärzte dank einer solchen Änderung z. B. von ihren Arbeitgebern auch schrittweise an die Unternehmensverantwortung herangeführt werden, indem etwa Gesellschaftsanteile nach und nach übertragen werden.

Hierfür wäre es ergänzend wichtig, den Wortlaut der Begründung ebenfalls anzupassen, um späteren Missverständnissen vorzubeugen. Soweit dort formuliert ist, dass es darum gehe, 'zu verhindern, dass nach dem Ausscheiden aller originären Gründer die Zulassung entzogen wird', ist klarzustellen, dass hiermit nicht die Bedingung aufgestellt werden soll, dass die vorgesehene Ausnahmetatbestand nur zum Tragen kommt, wenn und nachdem alle Gründerärzte ausgeschieden sind. Vielmehr ist es wesentlich, eindeutig zu regeln, dass die Trägereigenschaft angestellter Ärzte grundsätzlich gegeben ist.

Bedarfsplanung: Rolle der obersten Landesbehörden

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 48 & Nummer 50 c)

(§§ 96 Absatz 2 & 103 Absatz 3b (neu) SGB V)

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Es muss jedoch dann dafür Sorge getragen werden, dass diese von den Landesbehörden zusätzlich begehrten Sitze auch extrabudgetär vergütet werden, damit die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung nicht durch Zulassungen, die auf Grund von Entscheidungen der Länder zusätzlich geschaffen werden, weiter reduziert wird.

Desweiteren ist es konsequenterweise nicht ausreichend, diese zusätzlichen Sitze nur innerhalb des Bedarfsplans auszuweisen. Vielmehr müssen die KVen verpflichtet werden, diese Sitze auszuschreiben. Innerhalb des Zulassungsverfahrens muss ferner gewährleistet sein, dass die Zulassungsgremien hinsichtlich der Bedarfsnotwendigkeit keinen Beurteilungsspielraum haben, sondern verpflichtet sind, diese Entscheidung als gebundene Entscheidung umzusetzen.

MVZ: Spezifisches Auswahlkriterium

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 1 Nummer 50 Buchstabe d - bb)

(§ 103 Absatz 4 SGB V)

Der Vorschlag, wonach das Kann-Kriterium zur Berücksichtigung des besonderen Versorgungsangebotes von MVZ bei der Auswahlentscheidung im Nachbesetzungsverfahren in ein Soll-Kriterium überführt werden soll, wird vorbehaltlos begrüßt. Damit wird eine Gleichstellung dieses Abwägungsgrundes gegenüber den acht weiteren, rein personenbezogenen Kriterien nachvollzogen, die objektiv angemessen und daher zwingend geboten ist.