



RESOLUTION DER VERTRETERVERSAMMLUNG

Spahns Gesetz: Bürokratie statt Versorgung

24. November 2018 | Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern kritisiert den Entwurf der Bundesregierung für ein GKV-Terminservice- und Versorgungsgesetz (GKV-TSVG). Die hier enthaltenen Maßnahmen sind ungeeignet, um die aktuellen Probleme in der ambulanten Versorgung zu lösen, stellen einen schwerwiegenden Eingriff in die ärztliche und psychotherapeutische Selbstverwaltung dar und sind ein Angriff auf die Freiberuflichkeit der Ärzte und Psychotherapeuten. Weder der akute Ärztemangel noch die zunehmende Bürokratie und die morbiditätsbedingt zunehmende Inanspruchnahme sowie das Problem der ungesteuerten und nicht medizinisch indizierten Konsultation in den Arztpraxen können durch weitere, per Gesetz verordnete Scheinlösungen wirksam bekämpft werden.

Für ehrliche, versorgungsrelevante Lösungsvorschläge der Ärzte und Psychotherapeuten fehlt dieser Regierung der Wille zum Gehör als auch der Mut, diese umzusetzen. Der allseits mündige und selbstbestimmte Patient (mit einer bekannterweise noch geringen Gesundheitskompetenz) ist Regierungsziel und soll nach dem Willen von Herrn Spahn mit einer „Politik von Zuckerbrot und Peitsche“ unter Inkaufnahme der zunehmenden Entmündigung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten durchgesetzt werden. Dies sind die ersten Schritte in Richtung staatlicher Lenkung und Planung im Gesundheitswesen.

Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit eines Arztes in der vertragsärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern liegt derzeit bei über 50 Stunden. Die Anzahl der versorgten Patienten je Arzt in M-V liegt 20 Prozent über dem Bundesdurchschnitt.

Diese Zahlen belegen kurz und knapp, dass die Belastungsgrenze der Ärzte und ihres Praxispersonals bereits überschritten ist! Hinzu kommt die bekannte Morbiditätsverdichtung in unserem Bundesland, die eine höhere Betreuungsintensität der Patienten erfordert. Der Ärztemangel ist mittlerweile nicht nur in ländlichen Regionen, sondern auch in Mittel- und Oberzentren des Landes angekommen. Vor diesem Hintergrund ist eine Erweiterung und Vorgabe der Struktur der Sprechstunden für die Ärzte und Psychotherapeuten in M-V mit dem Ziel der erweiterten Versorgung von Patienten praxisfern.



Die geplante Ausweitung der Aufgaben der Terminservicestellen wird der Beginn einer Fehlentwicklung sein, die jedem telefonisch reklamierten akuten Behandlungsbedarf Vorrang vor der Behandlung chronisch Kranker einräumt. Ein selektierter und gesteuerter Zugang von psychisch Kranken zur ambulanten Psychotherapie wird die freie Wahl des Psychotherapeuten einschränken. Wir sind in großer Sorge, dass diese Vorgaben die Gesundheit von Ärzten als auch von Patienten gleichermaßen gefährden.

Die wesentlichen Hemmnisse bei der Gewinnung von ärztlichem Nachwuchs, wie beispielsweise die überbordende Bürokratie durch Anfragen von Krankenkassen, Begründungen, Rechtfertigungen, gesetzlich vorgeschriebene Prüfungen und Regresse oder die neuen Vorgaben der EU zum Datenschutz, werden dagegen nicht angegangen.

Die Attraktivität des Arztberufes sinkt im Takt der gesetzlichen Maßnahmen! Es ist zu befürchten, dass die angehenden Ärzte „mit den Füßen abstimmen“ werden und sich andere Betätigungsfelder suchen. Viele der heute noch in der Versorgung tätigen Ärzte werden in den vorzeitigen Ruhestand gehen, da sie sich dem zunehmenden Staatsdirigismus nicht mehr länger aussetzen wollen.

Statt weniger Bürokratie und mehr Zeit für den Patienten wird auf Regulierung und kleinteilige Vorgaben aus Berlin gesetzt. Die Ergebnisse dieser Gesetzgebung werden in den kommenden Jahren unwiderruflich zu einer Verschlechterung der ärztlichen Versorgung der Menschen in unserem Land führen.

Die KVMV hat einen ausführlichen Katalog für Maßnahmen zur Sicherung einer gesundheitlichen Versorgung auf hohem Niveau erarbeitet und stellt diesen unter www.kvmv.de oder auf Anfrage auch über die Pressestelle der KVMV, Neumühler Straße 22, 19057 Schwerin, jedem interessierten Bürger zur Verfügung.



**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Kassenärztliche Vereinigung M-V | Postfach 160145 | 19091 Schwerin

Herrn Harry Glawe, Gesundheitsminister
des Landes Mecklenburg-Vorpommern

Mitglieder des Ausschusses
für Gesundheit des Deutschen Bundestages

Mitglieder des Deutschen Bundestages
aus Mecklenburg-Vorpommern

Der Vorstand

Ansprechpartner(in):
Frau Shembrowskij
--
Telefon: 0385 7431 207
Fax: 0385 7431 450
eMail: RShembrowskij@kvmv.de
www.kvmv.de

Ihre Zeichen: -

Unsere Zeichen / AZ: ra/sh

Ihre Nachricht vom: -

Datum: 08.11.2018

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach unseren Informationen soll beginnend am 7.11.2018 im Gesundheitsausschuss des Bundesrates und in der Folge auch im Ausschuss für Gesundheit des Bundestages der o. g. Gesetzentwurf beraten werden. Nach unserer Einschätzung enthält dieser eine Reihe von Regelungen, die zum Teil die ambulante Versorgung und die Attraktivität des freien Arztberufes nachhaltig verschlechtern werden. Insbesondere folgende Punkte sehen wir kritisch:

1. Zwang zur Erhöhung der Mindestsprechstunden von 20 auf 25 Stunden/Woche - Artikel 15 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die wöchentlichen Öffnungszeiten der Praxen in Mecklenburg-Vorpommern (MV) lagen bereits 2015 bei durchschnittlich 32,5 Stunden und die wöchentliche Arbeitszeit insgesamt bei über 50 Stunden. Dazu gehören neben den Sprechstunden die Haus- und Heimbefuche, der Bereitschaftsdienst, ambulante Operationen, die Fortbildung und leider auch viele bürokratische Tätigkeiten. Die Belastungsgrenze der Ärzte und ihres Praxispersonals ist erreicht bzw. bereits überschritten. Deshalb sehen wir hier keinen oder nur vereinzelt Spielraum. Die dazu aufgewendeten Kontrollmaßnahmen sind allerdings völlig unangemessen. Es ist vielmehr zu befürchten, dass Ärzte, die aufgrund Alter oder Erkrankung noch in geringem Umfang tätig sind, bei entsprechenden Auflagen früher als erwartet aus der Versorgung ausscheiden. Damit wird sich insbesondere die Versorgung in heute schon problematischen ländlichen Regionen in unserem Bundesland weiter verschlechtern. Wir plädieren deshalb für einen Entfall dieser Regelung, hilfsweise sollte der KV die Möglichkeit der regionalen Öffnung gegeben werden, um auf Versorgungsempässe angemessen reagieren zu können.

2. Erweiterung der Terminservicestelle auf 24/7 für Notdienst und Vermittlung von Terminen - Artikel 1 Nummer 36 (§ 75 SGB V)

Im Jahr 2017 haben wir in Mecklenburg-Vorpommern (MV) insgesamt etwas über 1.000 Arzttermine über die Terminservicestelle (TSS) vermittelt. Der Aufwand dabei ist hoch. So können in dem Telefongespräch mit dem Patienten nur wenige belastbare Informationen ermittelt werden. Selbst bei geschultem Personal kann dieses Verfahren keineswegs eine persönliche Arztkonsultation ersetzen. Deshalb kann es im Einzelfall auch zu Fehlvermittlung kommen. Das andere Phänomen ist, dass jeder 6. vermittelte Termin ohne Angabe von Gründen vom Patienten nicht wahrgenommen wird.

Die Erweiterung dieser Art von Vermittlung halten wir deshalb für nicht zielführend, sie gleicht eher einer Scheinlösung.

Dabei gibt es deutlich bessere Verfahren, die ohne eine aufwendige Terminservicestelle auskommen. Hier wäre beispielhaft das A/B-Überweisungsverfahren zu nennen, das von Ärzten im Lande entwickelt wurde und mit vielen Krankenkassen auch vertraglich vereinbart werden konnte. Danach bewertet immer ein Arzt nach einem persönlichen Kontakt mit dem Patienten die medizinische Dringlichkeit und kann entweder innerhalb eines Tages oder innerhalb einer Woche eine dringliche Überweisung an einen Spezialisten ausstellen. Mit diesem Verfahren konnten allein im Jahr 2017 ca. 80.000 Termine zielgerichtet vermittelt werden.

Solche funktionierenden regionalen Lösungen werden durch den TSVG-Entwurf nicht gefördert. Deshalb haben wir zu diesen und anderen Punkten das Gespräch mit dem BMG gesucht. Leider war das BMG bisher nicht bereit, mit uns zu sprechen.

Darüber hinaus muss man sich die Frage stellen, warum GKV-Patienten im Gegensatz zu Privatversicherten einen Terminservice „rund um die Uhr (24/7)“ benötigen. Während für die Vermittlung des Notdienstes eine 24/7-Bereitschaft der TSS nachvollziehbar ist, kann davon bei der Terminvermittlung nicht die Rede sein. Den Änderungsantrag des Freistaates Sachsen zur Begrenzung auf den Notdienst halten wir für richtig.

3. KV-Praxen in Regionen mit drohender UV – Artikel 1 Nummer 56 (§ 105 Absatz 1b SGB V)

Ziel von Beschlüssen des Landesauschusses zur drohenden Unterversorgung ist es, insbesondere in Bereichen, in denen die Versorgung noch sichergestellt ist, Fördermaßnahmen zu schaffen, um Ärzte für die Errichtung/Übernahme von Praxen zu gewinnen. Allein in MV konnten wir seit 2008 über 150 neue Ärzte für Regionen mit drohender Unterversorgung gewinnen.

Die Einrichtung von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit angestellten Ärzten bereits zu einem Zeitpunkt, in dem die Unterversorgung noch nicht eingetreten ist, würde diese Maßnahmen konterkarieren und potentielle Interessenten von einer Praxisübernahme abhalten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen würden damit in einen Wettbewerb um ärztlichen Nachwuchs mit den Vertragsärzten eintreten.

Zudem wird die unmittelbare Erfüllung dieser Pflicht häufig rein praktisch nicht möglich sein, weil die Errichtung und der Betrieb von Eigeneinrichtungen eines erheblichen organisatorischen Vorlaufs und einer Anzahl an qualifizierten Ärzten bedürfen.

Auch hierzu gibt es einen Änderungsantrag des Freistaates Sachsen, hilfsweise sollte diese Regelung auf Regionen mit festgestellter Unterversorgung begrenzt werden.

4. Ungesteuerte Öffnung der Zulassung von Rheumatologen, Psychiatern und Kinderärzten - Artikel 1 Nummer 55 (§ 103 SGB V)

Die hierfür vorgesehene befristete generelle Befreiung von Zulassungsbeschränkungen in überversorgten Planungsbereichen für Mitglieder dieser Arztgruppen, die nicht schon in den letzten 5 Jahren an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben, ist nicht zielführend und wird mittel- bis langfristig kontraproduktiv sein.

Denn die damit einhergehende Niederlassungsfreiheit für Mitglieder dieser Arztgruppen birgt das Risiko, dass sich bestehende Verteilungsungleichgewichte weiter verstärken werden, weil alle räumlichen Steuerungsmöglichkeiten für die Neuniederlassungen entfallen.

Dadurch werden sich Neuniederlassungen dieser Arztgruppen in der Übergangszeit in Planungsbereichen mit bereits sehr hohen Versorgungsgraden (über 140 %), wie auch heute in Ballungszentren, konzentrieren, ohne dass dem entgegengewirkt werden kann. Dafür spricht, dass bereits heute in diesen Planungsbereichen eine deutlich höhere Nachfrage nach Zulassungen besteht.

Nicht zuletzt sei darauf hingewiesen, dass diese Öffnung im Widerspruch zu der bereits bestehenden sog. gesetzlichen Praxisaufkaufregelung steht. Oder mit anderen Worten, der Gesetzgeber selbst schafft hier Tatbestände für Überversorgung und Praxisaufkauf.

Auch hierzu gibt es einen Änderungsantrag des Freistaates Sachsen.

5. Schaffung einer Rechtsgrundlage für bürokratiearme Selektivverträge - Einfluss nahmen des Bundesversicherungsamtes (BVA) auf die Versorgung - Artikel 1 Nummer 77 neu (§ 135d SGB V)

An Selektivverträge nach der Rechtsnorm des § 140ff. SGB V sind zwingend immer Teilnahme- und Einschreibeverfahren, Evaluations- oder Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen, Widerspruchsverfahren und teilweise auch Ausschreibungen zur vertraglichen Bindung der Ärzte geknüpft. Dieses wirkt sich insbesondere bei Strukturmodellen und für die qualitative Weiterentwicklung der Regelversorgung nachteilig, innovationshindernd und/oder zeitverzögernd aus. Beispielhaft haben wir Ihnen einen Vorgang zu einem Ergänzungsvertrag für ein erweitertes Hautkrebscreening bei Patienten nach einer Organtransplantation beigelegt. Das BVA hat diese medizinisch sinnvolle Prävention durch direkte Einflussnahme bis heute verhindert und nimmt damit zunehmend die Rolle einer Fachaufsicht ein.

Auch zu diesem Punkt existiert bereits ein Änderungsantrag des Freistaates Sachsen, der unsere Zustimmung findet.

6. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) - Bindung der Zulassung an den Arzt

Wir beobachten seit Jahren, dass insbesondere Krankenhauskonzerne, Kapitalgesellschaften und Universitäten, wie z. B. Fresenius, Asklepius, Ameos, Damp, Sana, ISG Intermed, Diaverum, sowie die Universitäten Rostock und Greifswald in Mecklenburg-Vorpommern gezielt Zulassungen „aufkaufen“ (siehe Anlage). Mit der Einführung von fachgleichen MVZ und der bereits oben erwähnten Praxisaufkaufregelung durch den Gesetzgeber hat dieser Prozess weiter an Dynamik gewonnen. Um einem möglichen Praxisaufkauf zu begegnen, werden zunehmend Zulassungen im Wege der Anstellung an MVZ der genannten Unternehmen veräußert, ohne dass Zulassungsgremien der Ärzte und Krankenkassen Einfluss nehmen können. Dabei werden gezielt Zulassungen in wirtschaftlich interessanten Fachgebieten und Regionen aufgekauft. Die vertragsärztliche Versorgung von Dialysepatienten erfolgt seit 2018 bereits vollständig durch solche Strukturen, die, wie Fresenius, auch selber Dialyseprodukte herstellen.

Hier sind dringend Änderungen notwendig, um Entwicklungen Einhalt zu gebieten, die überwiegend an Rendite und Kontrolle der ambulanten Versorgung ausgerichtet sind.

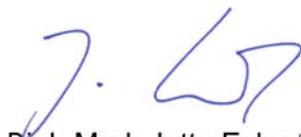
Unsere diesbezüglichen Vorschläge an das BMG sowie eine Darstellung der Problematik nebst Lösungsvorschlägen fügen wir als Anlage bei.

Wir bitten Sie herzlich um Unterstützung und stehen für Fragen gerne zur Verfügung.

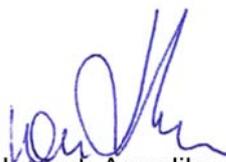
Mit freundlichen Grüßen



Axel Rambow
Vorsitzender



Dipl.-Med. Jutta Eckert
Stellvertretende Vorsitzende



Dipl.-Med. Angelika von Schütz
Stellvertretende Vorsitzende

Anlagen:

- Änderungsanträge des Freistaates Sachsen zu den §§ 75, 103, 105 und 135d,
- Stand der MVZ im Bereich der KVMV (Mai 2018) und Vorschläge der KVMV,
- Unterlagen zum erweiterten Hautkrebscreening

zum

Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BR- Drs. 504/18

Der Gesundheitsausschuss empfiehlt dem Bundesrat, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

Zu Artikel 1 Nummer 36 (§ 75 SGB V)

In Artikel 1 ist Nummer 36 wie folgt zu ändern:

- a) Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) ist wie folgt zu ändern
die Worte „für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche“ werden gestrichen.
- b) Buchstabe b ist neu einzufügen
„b) In Absatz 1b wird nach Satz 1 folgender neuer Satz 2 eingefügt.
„Die Vermittlung des Notdienstes erfolgt durch die Terminservicestellen nach Absatz 1a, die dazu für 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Rufnummer erreichbar sein müssen.“
- c) Die bisherigen Buchstaben b) und c) werden zu Buchstaben c) und d).

Begründung:

Die Neuregelungen zu den Terminservicestellen werden grundsätzlich begrüßt. Die Terminservicestelle für die Vermittlung von Fach- und Hausarztterminen rund um die Uhr zu schalten, wird unter Wirtschaftlichkeits- und Ressourcenaspekten nicht für erforderlich gehalten.

Ein Angebot der Terminservicestellen zu den normalen Geschäftszeiten (zum Beispiel Montag bis Freitag von 8 Uhr bis 18 Uhr) wird für ausreichend und für den Patienten zumutbar bewertet.

Außerhalb dieser Zeiten stehen dem Patienten in der Regel die Strukturen des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes oder auch geöffnete Arztpraxen zur Verfügung. Des Weiteren kann das vorgesehene Online-Angebot diese Zeiten außerhalb der genannten Geschäftszeiten überbrücken.

Anders verhält es sich für die Notdienste, bei denen eine Bereitschaft von 24/7 nachvollziehbar und angezeigt ist.

zum

Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BR- Drs. 504/18

Der Gesundheitsausschuss empfiehlt dem Bundesrat, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

Zu Artikel 1 Nummer 56 (§ 105 Absatz 1b SGB V)

In Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c sind in § 105 Absatz 1b Satz 3 die Wörter „oder eine drohende ärztliche Unterversorgung“ zu streichen.

Begründung:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit der Neuregelung verpflichtet werden, bei Beschluss des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 SGB V zur Unterversorgung bzw. zur drohenden ärztlichen Unterversorgung dann zwingend nach der angegebenen Frist eine Eigeneinrichtung einzurichten hat.

Die konkrete Ausgestaltung dieser Verpflichtung erscheint aber als zu weitgehender Eingriff in die Gestaltungsfreiheit der Kassenärztlichen Vereinigungen als Selbstverwaltungskörperschaften und zum Teil bereits aus rein organisatorischen Gründen nicht ohne weiteres umsetzbar.

So erscheint es insbesondere zu weitgehend, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auch unmittelbar ab Wirksamwerden eines Beschlusses des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 SGB V zur drohenden ärztlichen Unterversorgung zum Betrieb solcher Einrichtungen verpflichtet sein sollen. Ziel des Beschlusses zur drohenden Unterversorgung ist es, insbesondere in diesen Bereichen, für die die Versorgung noch sichergestellt ist, die Übernahme von Praxen zu fördern. **Die Einrichtung von Eigenpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen bereits zu diesem Zeitpunkt würde diese Maßnahmen konterkarieren und potentielle Interessenten einer Praxisübernahme abhalten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen würden damit in einen Wettbewerb um ärztlichen Nachwuchs mit den Vertragsärzten eintreten.**

Zudem wird die unmittelbare Erfüllung dieser Pflicht häufig rein praktisch nicht möglich sein, weil die Errichtung und der Betrieb von Eigeneinrichtungen eines erheblichen organisatorischen Vorlaufs und einer Anzahl an qualifizierten Ärzten bedürfen.

Auch erfordert es das Selbstverwaltungsrecht, den Körperschaften einen grundsätzlichen Entscheidungsspielraum zu belassen, mit welchen Maßnahmen (z. B. Niederlassungsför-

derung) in einzelnen Planungsbereichen einer festgestellten Unterversorgung zweckmäßig begegnet werden kann.

Eine Pflicht zu Errichtung und Betrieb von Einrichtungen sollte Ultima Ratio sein und erst dann gelten, wenn eine Kassenärztliche Vereinigung innerhalb einer bestimmten Frist nicht in der Lage war, die (drohende) Unterversorgung mit den von ihr gewählten Maßnahmen zu beseitigen und faktisch eine ärztliche Unterversorgung festgestellt ist.

zum

Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BR- Drs. 504/18

Der Gesundheitsausschuss empfiehlt dem Bundesrat, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

Zu Artikel 1 Nummer 55 (§ 103 SGB V)

Artikel 1 Nummer 55 ist wie folgt zu ändern

- a) Buchstabe a) wird gestrichen.
- b) Die bisherigen Buchstaben b) bis f) werden zu Buchstaben a) bis e).

Begründung:

Der Freistaat Sachsen begrüßt ausdrücklich die Zielrichtung des Gesetzentwurfs, für die Arztgruppen der Rheumatologen, Psychiater und Kinderärzte, in denen prioritärer bedarfsplanerischer Handlungsbedarf gesehen wird, bereits vor Abschluss der Bedarfsplanungsreform durch den G-BA bestimmte Versorgungsverbesserungen im Wege von Interimslösungen herbeizuführen.

Die hierfür vorgesehene, befristete, generelle Befreiung von Zulassungsbeschränkungen in überversorgten Planungsbereichen für Mitglieder dieser Arztgruppen, die nicht schon in den letzten 5 Jahren an der Vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben, **erscheint aber nicht zielführend und ggf. mittel- bis langfristig sogar kontraproduktiv.**

Denn die damit einhergehende Niederlassungsfreiheit für Mitglieder dieser Arztgruppen birgt zwei Risiken: **Zum einen entfallen damit alle räumlichen Steuerungsmöglichkeiten für die Neuniederlassungen, was bestehende Verteilungsungleichgewichte weiter verstärken könnte.** Neuniederlassungen in diesen Arztgruppen könnten sich in der Übergangszeit sowohl in Planungsbereichen mit bereits sehr hohen Versorgungsgraden (über 140 %) oder innerhalb von überversorgten Planungsbereichen in den dortigen Ballungszentren konzentrieren, ohne dass dem entgegengewirkt werden könnte. Zum anderen ist in einem solchen niederlassungsbeschränkungsfreien Zeitraum auch mit einer deutlichen höheren Nachfrage nach Niederlassungen zu rechnen, weil eine Niederlassung am jeweiligen persönlichen Wunschstandort nach Abschluss der Bedarfsplanungsreform durch den G-BA ggf. bereits wieder ausgeschlossen sein könnte.

Damit könnten im Extremfall gerade diejenigen Regionen auf längere Sicht von einer Verbesserung des örtlichen Versorgungsangebots schlechter gestellt werden, für die der G-BA besonderen Handlungsbedarf identifiziert.

Zudem ist fraglich, ob der Ausschluss von Ärzten, die in den letzten 5 Jahren bereits vertragsärztlich tätig waren, einer verfassungsmäßigen Überprüfung standhalten kann und es dann im Ergebnis ggf. gar zur Öffnung für alle Ärzte dieser Fachgruppen (gleich ob vorher schon vertragsärztlich tätig oder nicht) kommen könnte.

zum

**Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)**

BR- Drs. 504/18

Der Gesundheitsausschuss empfiehlt dem Bundesrat, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

Zu Artikel 1 Nummer 77 – neu – (§ 135d – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 76 folgende Nummer 77 einzufügen:

Nach § 135c wird folgender neuer § 135d SGB V eingefügt:

„§ 135d

§ 135d SGB V – Förderung der Qualität durch die Krankenkassen

(1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung in Ergänzung zur vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung mit Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Verträge zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten sowie zur Förderung und Weiterentwicklung der Leistungserbringung, der Arzneimittelversorgung oder der sektorenübergreifenden Versorgung in den verschiedenen Leistungsbereichen schließen. Die Verträge können Verfahrens- und Organisationsformen, die Festlegung einheitlich strukturierter und elektronisch dokumentierter Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale sowie die in § 11 Absatz 6 genannten Satzungsleistungen, Leistungen nach den §§ 20, 20a, 20i, 25, 26, 27b, 63 Absatz 3c, bei Schwangerschaft und Mutterschaft, zum Medikationsmanagement, zur Telemedizin, zur Fortführung von Leistungen aus Modellvorhaben sowie ärztliche und zahnärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. Gegenstand können nur solche Leistungen sein, über die im Bundesmantelvertrag oder im einheitlichen Bewertungsmaßstab keine widersprechende Regelung getroffen ist oder über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die ergänzende Regelung muss dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten Versorgung entsprechen und insbesondere darauf ausgerichtet sein, die Qualität, Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Qualitätsanforderungen gelten als Mindestvoraussetzungen entsprechend. Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Verträge über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein; § 71 Absatz 6 ist entsprechend anzuwenden.

(2) In der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zugelassene Leistungserbringer oder Gruppen von Leistungserbringern, pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte sowie Unternehmen von Kommunikationstechnologien und Telemedizin können an den Verträgen nach Absatz 1 beteiligt oder in diese einbezogen werden.

(3) Die Verträge nach Absatz 1 können von den Vorschriften des Dritten, Vierten und Zehnten Kapitels dieses Buches, ausgenommen § 136b, des Elften Buches, des Dritten Abschnitts des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes, ausgenommen § 8 Absatz 1 Satz 3 sowie § 21, und des Arzneimittelgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abweichen. Abweichungen vom Zehnten Kapitel dieses Buches können insbesondere informationstechnische und organisatorische Verbesserungen der Datenverwendung, einschließlich der Erweiterung der Befugnisse zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten sein, um die papiergebundene Kommunikation durch elektronische und maschinell verwertbare Übermittlungen der Daten zu ersetzen.

(4) Die Wirtschaftlichkeit der Verträge muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrundeliegenden Verträge nachweisbar sein. Werden in einem Vertrag nach Absatz 1 Leistungen geregelt, die bereits in den Verträgen nach § 85 oder § 87a, den Ausgabenvolumen nach § 84 oder der Krankenhausbudgets vergütet werden bzw. von diesen umfasst sind, sind die Vergütungen oder der Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2, die Ausgabenvolumen oder die Budgets zu bereinigen. Die Bereinigung hat entsprechend der Zahl und der Morbiditäts- oder Risikostruktur der die Leistungen gemäß der Verträge nach Absatz 1 in Anspruch nehmenden Versicherten sowie der in diesen Verträgen jeweils vereinbarten Inhalte zu erfolgen. Die Budgets der einbezogenen Krankenhäuser sind dem geringeren Leistungsumfang anzupassen; § 21 KHEntgG bleibt davon unberührt. Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden. § 89 SGB V findet keine Anwendung. § 71 Absatz 4 und 5 gelten entsprechend.“

Die bisherigen Nummern 77 bis 103 werden zu Nummern 78 bis 104.

Begründung:

Der vorliegende neue § 135d SGB V nimmt in erster Linie die Weiterentwicklung der Grundversorgung (Regelversorgung) in den Focus und unterscheidet sich damit von den bisherigen Regelungsmöglichkeiten des § 140a SGB V (Selektivverträge). Ohne eine entsprechende gesetzliche Grundlage ist eine Verbesserung und Weiterentwicklung bzw. die Berücksichtigung von regionalen Bedingungen der Regelversorgung nicht möglich. Aus diesen Gründen ergibt sich, trotz der bestehenden Regelungen des § 140a SGB V, ein zusätzlicher Regelungsbedarf für die neue Vorschrift des § 135d SGB V.

Die Regelung stellt die Gestaltungsfreiheit und Regelungsbefugnis der Vertragspartner nach § 72 SGB V im Rahmen der Regelversorgung für ergänzende Verträge klar. Derzeit können Krankenkassen allenfalls im Rahmen von Modell- oder Selektivverträgen über die Regelversorgung hinaus andere Leistungsinhalte zur Förderung der Qualität vereinbaren. Die Umsetzung von Modell- und

Selektivverträgen ist immer an Teilnahme- und Einschreibeverfahren, Evaluations- oder Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen, erhebliche Datenlieferungen und teilweise auch an Ausschreibungen zur vertraglichen Bindung der Leistungserbringer geknüpft, was sich insbesondere bei Strukturmodellen und für die qualitative und technische Weiterentwicklung der Regelversorgung nachteilig, innovationshindernd und/oder zeitverzögernd auswirkt. Dieser Aufwand rechtfertigt sich nur, wenn mit dem Modell- oder Selektivvertrag außerhalb der Regelversorgung ein sehr umfassender Versorgungsauftrag definiert wird.

Zusätzlich zur Regelversorgung gibt es aber auch kleine und geringfügige Verbesserungen in der Leistungserbringung, die nicht immer eine neue bisher in der Regelversorgung nicht vorhandene Leistung beschreiben oder einen kompletten Versorgungsauftrag abbilden. Hierfür sind keine einfachen vertraglichen Regelungen möglich, um den Versicherten diese Verbesserungen zugänglich zu machen oder auch um Versorgung regional zu gestalten oder zukunftsfähig zu machen.

Beispielsweise nach Ende von Modellvorhaben (z. B. wegen Erreichens der maximalen Laufzeit von acht Jahren) hat sich gezeigt, dass - wenn diese Leistung für die Einführung in die Regelversorgung prädestiniert ist, das Bewertungsverfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss aber noch durchzuführen ist - keine Anschlussregelungen möglich sind. Um hier einen lückenlosen Übergang eines erfolgreichen Modells in die Regelversorgung zu gewährleisten, sind vertragliche Regelungen erforderlich, die es den bisherigen Vertragspartnern ermöglichen, bis zur endgültigen Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses und Bewertung der Leistung diese vorübergehend weiter anbieten zu können, um einen Bruch und eine Kostenerstattung wegen Systemversagens in der Versorgung zu vermeiden.

Im Hinblick auf die vertragsärztliche Versorgung hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen über den § 87a SGB V hinaus mit dem § 135b Abs. 4 SGB V weitere gesamtvertragliche Gestaltungsräume eröffnet. Diese sind jedoch für die nicht teilnehmenden Ärzte mit Vergütungsabschlägen verbunden, um die aufgrund der gesamtvertraglichen Regelung entstehenden Mehrkosten der Krankenkasse gegenzufinanzieren. Sofern allerdings eine Qualitätsverbesserung in der vertragsärztlichen Versorgung gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingeführt wird, wird diese Verbesserung nach einem gewissen Zeitablauf von allen Vertragsärzten erbracht, sodass die Gegenfinanzierung nicht mehr gewährleistet ist, weil keine Ärzte mehr Vergütungsabschlägen unterliegen. Der Vertrag müsste dann, auch wenn er zielführend ist, beendet werden. Diese Vorschrift ist deshalb bisher nirgends zur Anwendung gekommen und für den intendierten Zweck daher nicht alternativ nutzbar.

Bisher kann neben den Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 135b) auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft Verträge zur Förderung der Qualität schließen (§ 135c). Für die Krankenkassen dagegen fehlt eine entsprechende Rechtsgrundlage.

Die Neufassung des § 135d SGB V soll die Krankenkassen oder ihre Verbände in die Lage versetzen, mit den in der Regelversorgung vorgesehenen und etablierten Akteuren, auch durch mehrseitige Verträge, kurzfristig und auch regional Regelungen zu schaffen, damit den Versicherten Leistungen zur Verfügung gestellt werden können, ohne dass die mit Modell- oder Selektivverträgen einhergehenden

Vorlaufzeiten und Aufwände erforderlich sind. Diese Verträge sollen ergänzend oder übergangsweise, bis zur Einführung in die Regelversorgung oder bis zur Bewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses möglich sein. Es ist den Vertragspartnern damit möglich, den Versicherten flächendeckend und schnell Lösungen aufgrund der Weiterentwicklung des Gesundheitsmarktes und der technischen Möglichkeiten anzubieten.

Des Weiteren sind davon auch Leistungen betroffen, die nur einmalig für den Versicherten zur Abrechnung gelangen können, wie z. B. die erweiterten Kinderuntersuchungen U10, U11 und J2. Weitere Fallgestaltungen können sich z. B. aus einer umfassenderen Bereitstellung von Telemedizin, Gesundheits-Apps, im Zusammenhang mit der Delegation ärztlicher Leistungen oder im Zusammenhang mit fachärztlichen Videokonsilen ergeben.

Dabei werden die für den stationären Sektor geltenden Qualitätsbestimmungen des G-BA, die Grundsätze der dualen Finanzierung und die in der Verantwortung der Bundesländer liegenden krankenhauserischen Festlegungen durch die Verträge nach § 135d nicht berührt.

MVZ

Name (Gründer/Träger)	Stand	tätig als					angest. Ärzte	GbR	GmbH	bundesweit	Bemerkung
	16.05.2018	Hausärzte	Fachärzte	Sonstige	Su. Ärzte						
1	Anzahl	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Vertragsärzte	20	27	68	2	97	81	x	x			
GGP Rostock GmbH	2	2	12		14	14		x			
Diaverum Deutschland	2	2	4		6	6		x	x	Kapitalgesellschaft	
ISG-Intermed Service GmbH & CoKG	1		1		1	1		x	x	Kapitalgesellschaft	
Nephrocare Deutschland	2	8	15		23	23		x	x	Kapitalgesellschaft	
DRK	3	9	7		16	16		x			
ermächtigte Einrichtung §§ 117, 118, 119a	1	2	8		10	10		x			
HELIOS	3	2	6		8	8		x	x	Konzern	
Asklepios	1	6	6		12	12		x	x	Konzern	
Universität Greifswald	3	1	15		16	16		x		KdÖR	
Universität Rostock	5	12	28		40	40		x		KdÖR	
Alphamed GmbH&Co KG	1	1	6		7	7		x	x	Konzern	
Damp Holding AG	4	19	16		35	35		x	x	Konzern	
KH Hagenow/Ludwigslust	1	4	9		13	13					
Warnowklinik Bützow	1		4		4	4		x			
Klinikum Neubrandenburg	1	2	5		7	7		x			
AMEOS Anklam/Ueckerm.	1	5	4		9	9		x	x	Konzern	
Sana KH Rügen GmbH	1	2	2		4	4		x	x	Konzern	
Bethanien gGmbH	1		2		2	2		x			
Bodden-Kliniken	1		5		5	5		x			
KH Bad Doberan GmbH	2	3	3		6	6		x			
KH Demmin	3	4	4		8	8		x			
KMG	1	4	2		6	6			x	Konzern	
Augenklinik Dardenne SE	1	2	2		4	4		x	x	Konzern	
DaVita Deutschland GmbH	1		2		2	2		x	x	Konzern	
Vertragsärzte	20	27	68	2	97	81	1	1	0		
Sonstige	43	90	168	0	258	258	0	22	12		
Summe	63	117	236	2	355	339	1	23	12		

Regionen	Anzahl
Rostock	18
SN/Wismar/NWM	12
Greifswald/OVP	6
Ludwigslust	4
Parchim	3
Nbg./Meckl.-Strel.	3
Stralsund/NVP	5
Güstrow	2
Rügen	1
Uecker-Randow	3
Bad Doberan	3
Demmin	3
Summe	63



Entwicklung Medizinischer Versorgungszentren in Trägerschaft großer Klinikkonzerne und Kapitalgesellschaften zum Nachteil der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund der gesetzlich eröffneten Möglichkeit des „Zulassungshandels“

A. Ausgangslage

Mit dem zum 01. Januar 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde erstmals die Möglichkeit geschaffen, dass Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als (ursprünglich) fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung erhalten können. Seither haben sie sich zu einem festen Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung entwickelt. Nachdem am 31. Dezember 2004 zunächst bundesweit 70 medizinische Versorgungszentren mit rund 250 Ärzten zugelassen waren, ist diese Zahl mit dem 31. Dezember 2015 auf rund 2.160 MVZ mit über 14.000 Ärzten angestiegen (vgl. Statistische Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Medizinischen Versorgungszentren, Seite 28). Gleichermäßen steigt auch die Zahl der MVZ, die sich in der Trägerschaft eines Krankenhauses befinden. Waren es bundesweit zum Ende des Jahres 2004 noch 10 MVZ in Krankenhausträgerschaft (14 Prozent), bestehen mit dem Stichtag 31. Dezember 2016 inzwischen 910 Medizinische Versorgungszentren in der Trägerschaft eines Krankenhauses (40 Prozent). In Mecklenburg-Vorpommern, wo sich bereits die überwiegende Zahl der Krankenhäuser in der Hand privater Klinikketten befindet, beträgt der Anteil der MVZ in Krankenhausträgerschaft inzwischen mehr als 50 Prozent (27 von 51 MVZ). Während die Zahl der MVZ, die von Vertragsärzten gegründet wurden, seit 2011 bei 16 stagniert, sind in der gleichen Zeit 7 MVZ in Krankenhausträgerschaft hinzugekommen. Von den genannten 27 Krankenhaus-MVZ befinden sich insgesamt 12 in Trägerschaft der Klinikkonzerne HELIOS, Asklepios, Damp-Holding, AMEOS und Sana. Weitere 5 MVZ befinden sich in der Trägerschaft der Universitätsklinik Rostock (3) bzw. Greifswald. Hinzu kommen 4 weitere Medizinische Versorgungszentren, die sich zwar nicht in Krankenhausträgerschaft, jedoch in der Trägerschaft bundes- bzw. weltweit tätiger Kapitalgesellschaften (Diaverum, Fresenius und ISG Intermed) befinden. Damit ist die überwiegende Anzahl der Medizinischen Versorgungszentren in Mecklenburg-Vorpommern in der Hand von überregional agierenden Kapitalgesellschaften, deren vorrangige Aufgabe die Erwirtschaftung möglichst hoher Renditen zugunsten ihrer Anleger ist und die ihren Schwerpunkt nicht in der Sicherstellung einer ambulanten medizinischen Versorgung entsprechend den Bedürfnissen der Patienten vor Ort sehen, sondern im Betrieb von Krankenhäusern oder Dialyseeinrichtungen. Insofern ist davon auszugehen, dass bei dem Betrieb der MVZ durch diese Träger die Kapitalinteressen und die Interessen an einer Auslastung der bestehenden stationären Kapazitäten eine ganz wesentliche Rolle spielen. Damit richtet sich die Leistungserbringung und die Erfüllung des Versorgungsauftrages weniger an den ambulanten Versorgungsbedürfnissen der Versicherten, als vielmehr daran aus, welche Leistungen besonders gut in das Portfolio des Konzerns passen, hohe Renditeerwartungen versprechen oder eine

bessere stationäre Auslastung (ggf. auch im Wettbewerb mit anderen Kliniken) versprechen. Aufgrund der Anbindung der MVZ an die Klinikträger erscheint es auch nicht ausgeschlossen, dass tarifvertragliche Auseinandersetzungen in Form von Streiks, die bislang auf den stationären Bereich begrenzt waren, auch Auswirkungen auf die Sicherstellung der ambulanten Versorgung haben können.

Gefördert wird die dargestellte Entwicklung durch die rechtlichen Rahmenbedingungen, die zunächst nur als „Anschubregelungen“ zur Erleichterung von MVZ-Gründungen vorgesehen waren, wie nachfolgend darzustellen sein wird (vgl. die Ausführungen zu B.). Um diesem Trend, dessen Ende zur Zeit nicht absehbar ist, entgegenzuwirken, sollte eine Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen geprüft werden (vgl. die Ausführungen zu C.).

B. Rechtslage

Mit der Etablierung der Medizinischen Versorgungszentren als zugelassene ärztlich geleitete Einrichtungen durch das GMG in § 95 SGB V wurde gleichzeitig auch die Vorschrift des § 103 SGB V (Zulassungsbeschränkungen) um einen Absatz 4 a ergänzt. Diese bis heute gültige Vorschrift sieht vor, dass ein zugelassener Vertragsarzt die Möglichkeit hat, in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich auf seine Zulassung zu verzichten, um in einem Medizinischen Versorgungszentrum als angestellter Arzt tätig zu werden (so genannter „Verzicht zugunsten einer Anstellung“). Sofern der Vertragsarzt eine solche Erklärung abgibt und ein Anstellungsvertrag mit dem MVZ zustande kommt, muss der Zulassungsausschuss ohne vorheriges Ausschreibungsverfahren und Prüfung der Versorgungsbedürfnisse die Anstellung genehmigen. Statusrechtliche Folge ist die Umwandlung der Zulassung in eine Anstellung, die dem MVZ zugeordnet ist und die nach Ausscheiden des ursprünglichen Zulassungsinhabers (Kündigung, Antritt der Altersrente etc.) durch den Träger des MVZ mit anderen angestellten Ärzten innerhalb der Fachgruppe nach Bedarfsplanungsrecht nachbesetzt werden kann. Mit dieser Regelung wurde erstmals entgegen der bisherigen Systematik die Möglichkeit eröffnet, dass ein Vertragsarzt durch entsprechende Erklärung seine (öffentlich-rechtliche) Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung auf einen Dritten (MVZ) übertragen konnte. Bis dahin war die Weitergabe einer vertragsärztlichen Zulassung nur in der Form möglich, dass eine bestehende Praxis zur Nachfolge ausgeschrieben wurde. Die Entscheidung über den Praxisnachfolger oblag dem Zulassungsausschuss nach entsprechendem Auswahlverfahren unter der Bedingung des Abschlusses eines privatrechtlichen Praxisübernahmevertrages.

Zwar wurde die Möglichkeit des Verzichts zugunsten einer Anstellung im Jahr 2007 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz dahingehend erweitert, dass dieser auch zugunsten der Anstellung in einer Vertragsarztpraxis möglich war. Gleichwohl begünstigt diese Form der Zulassungsübertragung insbesondere institutionelle MVZ-Träger. Diese haben die Möglichkeit, gezielt Vertragsärzte anzusprechen, die eine Zulassung für ein Fachgebiet innehaben, das aus Sicht des MVZ-Trägers zur Verfolgung der eigenen Interessen besonders interessant erscheint. Da es zudem an einer dem Ausschreibungsverfahren entsprechenden begrenzten Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen des Praxisinhabers (Begrenzung auf den

Verkehrswert) fehlt, haben institutionelle MVZ-Träger hier die Möglichkeit, mit hohen, über den Verkehrswert zum Teil deutlich hinaus gehenden Preisen, tatsächlich im Wege eines Konzessionshandels Zulassungen zu erwerben, ohne dass etwa niederlassungswillige Vertragsärzte oder MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten die Möglichkeit hätten, dies zu verhindern bzw. gleichberechtigt die Übernahme der Praxis und damit der Zulassung anzustreben. In Mecklenburg-Vorpommern wurden auf diese Weise in den Jahren 2011 bis 2015 allein 41 Zulassungen im Wege einer Anstellung an ein MVZ übertragen. Im Jahre 2016 sind es bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt bereits wiederum 7 Zulassungen.

Neben einer erheblichen Einschränkung der Chancengleichheit zwischen institutionellen, überregional agierenden MVZ-Trägern und Vertragsärzten und MVZ in der Hand von Vertragsärzten ist diese Entwicklung auch unter versorgungspolitischen Aspekten bedenklich. Im Falle des Verzichts zugunsten einer Anstellung findet kein Praxisnachfolgeverfahren im Sinne des § 103 Abs. 4 SGB V statt. Damit finden zahlreiche Instrumente, die vom Gesetzgeber zuletzt mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführt wurden, keine Anwendung. Zu nennen sind hier insbesondere die Prüfung des Zulassungsausschusses auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens aus Versorgungsgründen (§ 103 Abs. 3 a SGB V), die Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigung zur Definition besonderer Versorgungsbedürfnisse im Rahmen des Ausschreibungsverfahrens gem. § 103 Abs. 4 Satz 5 Ziff. 7 SGB V, die vorrangige Besetzung von Hausarztsitzen mit Allgemeinärzten gem. § 103 Abs. 4 Satz 6 SGB V, die Berücksichtigung von Belangen von Menschen mit Behinderungen beim Zugang zur Versorgung gem. § 103 Abs. 4 Satz 5 Ziff. 8 SGB V sowie der Nachrang von Medizinischen Versorgungszentren, bei denen die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, gegenüber übrigen Bewerbern im Ausschreibungsverfahren gem. § 103 Abs. 4 c Satz 3 SGB V. Eine zusätzliche Problematik ergibt sich aus der vergleichsweise groben Strukturierung der Arztgruppen nach Bedarfsplanungsrecht. So kann beispielsweise die Praxis eines Rheumatologen im Wege des Verzichts zugunsten einer Anstellung übernommen werden und die Stelle nach dessen Ausscheiden aus dem MVZ mit einem Kardiologen oder einem Gastroenterologen nachgesetzt werden, da alle drei internistischen Subspezialisierungen zur bedarfsplanungsrechtlichen Gruppe der fachärztlichen Internisten gehören. Gleiches gilt auch für die bedarfsplanungsrechtliche Gruppe der Nervenärzte mit den (weiterbildungsrechtlichen) Gebieten der Neurologie, Psychiatrie und Nervenheilkunde. In einem Ausschreibungsverfahren hätte die KV aufgrund der Regelung des § 103 Abs. 4 Satz 5 Ziffer 7 SGB V die Möglichkeit, durch die Definition besonderer Versorgungsbedürfnisse auf eine versorgungsadäquate Nachbesetzung hinzuwirken. Bei einem so genannten Verzicht zugunsten einer Anstellung ist dies nicht der Fall. Die Entscheidung über die Nachbesetzung der Angestelltenstellen innerhalb der Bedarfsplanungsgruppe obliegt allein dem MVZ. Auch der Zulassungsausschuss hat insoweit keine Möglichkeit, aus Versorgungsgründen auf die Nachbesetzung einzuwirken.

Auf diese Weise können lokal vergleichsweise große Einheiten geschaffen werden, die erheblichen Einfluss auf die Versorgung und insbesondere auch auf die Steuerung der Patienten zwischen ambulantem und stationärem Bereich haben. Da die Zahl der in einer Trägerschaft befindlichen MVZ zudem nicht begrenzt ist, besitzen die überregional tätigen Träger zudem bundesweit inzwischen eine große

Anzahl von MVZ, so dass auch ein bundesweit abgestimmtes Verhalten möglich ist. Aufgrund der Organisationsstruktur als Kapitalgesellschaften ist überdies die Übertragung von MVZ zwischen den Trägern durch einen Gesellschafterwechsel und damit eine weitere Konzentration der MVZ in einer Hand möglich.

C. Problemlösungsansatz

Die Regelung des § 103 Abs. 4 a SGB V wurde ausweislich der Begründung zum GKV-Modernisierungsgesetz eingeführt, um die Möglichkeit der Neugründung von Zentren zu verbessern, da auch bei Sperrung wegen Überversorgung neue Zentren gegründet werden können. Diese gesetzlich intendierte Förderung der MVZ ist in Anbetracht der Anzahl der inzwischen etablierten MVZ und auch der erreichten durchschnittlichen Größe von über 7 Ärzten pro Einrichtung in den Krankenhaus-MVZ unter Berücksichtigung der mit diesem Konzessionshandel verbundenen Versorgungsnachteile nicht mehr gerechtfertigt. Es erscheint deshalb zumutbar, dass auch Medizinische Versorgungszentren von der inzwischen im § 103 Abs. 4 c SGB V vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch machen und sich auf ausgeschriebene Praxisplätze zur Nachfolge bewerben. Auf diese Weise wäre gewährleistet, dass Bewerber, die die Praxis selbständig in Einzel- oder Gemeinschaftspraxis fortführen wollen, mit MVZ-Trägern gleichbehandelt werden und auch über den Verkehrswert der Praxis hinausgehende Preise keinen Einfluss auf die Praxisnachfolge haben können. Zudem hat der Zulassungsausschuss die Möglichkeit, anhand der in § 103 Abs. 4 SGB V genannten Kriterien den geeigneten Bewerber zur Praxisnachfolge auszuwählen und dabei besondere Versorgungsbedürfnisse der Praxisausschreibung sowie die Belange von Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen. Ferner wird eine Umgehung des Prüfungsauftrages des Zulassungsausschusses bezüglich der Versorgungsnotwendigkeit der ausgeschriebenen Praxis vermieden. Um eine solche Umgehung zu vermeiden, hatte das Bundessozialgericht zuletzt in einer Entscheidung vom 4. Mai 2016 (B 6 Ka 21/2015 R) klargestellt, dass sich die zu fordernde Absicht eines Vertragsarztes, zugunsten einer Anstellung auf seine Zulassung zu verzichten und im MVZ tätig zu werden, grundsätzlich auf eine Tätigkeitsdauer von 3 Jahren beziehen muss. Dies wirft aufgrund der unterschiedlichen Regelungskreise des Vertragsarztrechts einerseits und des Arbeitsrechts andererseits jedoch weitere Probleme auf. Auch dies würde für eine Streichung der entsprechenden Regelung sprechen. Nachdem inzwischen auch fachgleiche (rein hausärztliche) MVZ gegründet werden können und MVZ zudem auch im Praxisausschreibungsverfahren die Möglichkeit haben, eine versorgungsmäßig sinnvolle Ergänzung Ihres Angebots geltend zu machen (vgl. § 103 Abs. 4 Satz 10 SGB V in der Fassung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes) erscheint diese Form der Förderung von MVZ-Gründungen ebenfalls nicht mehr gerechtfertigt.

Alternativ könnte der Verzicht zugunsten einer Anstellung in einem MVZ davon abhängig gemacht werden, dass zuvor erfolglos ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt wurde bzw. dass die Absicht des Verzichts zugunsten einer Anstellung „auszuschreiben“ ist und gleichzeitig anderen Bewerbern die Möglichkeit gegeben wird, sich auf die Stelle im Wege der Praxisnachfolge zu bewerben. Dies würde auch gewährleisten, dass der Zulassungsausschuss den fachlich geeignetsten Bewerber auswählen kann.



Um weiterhin eine ausgewogene Versorgungsstruktur zwischen Zulassung und Anstellung sowie Vertragsärzten und MVZ zu erhalten, möchten wir anregen, für angestellte Ärzte unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. in Abhängigkeit von der Anstellungsdauer und der Größe des anstellenden MVZ bzw. der anstellenden Vertragsarztpraxis) einen Anspruch auf Umwandlung der Anstellung in eine Zulassung zu begründen, sofern dem statusrechtlichen Träger der Angestelltenstelle hierfür eine Entschädigung gewährt wird, deren Höhe sich am Verkehrswert einer entsprechenden Vertragsarztpraxis orientiert. Bisher ist die Umwandlung nur auf Antrag des statusrechtlichen Trägers der Angestelltenstelle möglich (§ 95 Abs. 9b SGB V).

gez. Oliver Kahl
Verwaltungsdirektor



PRESSEMITTEILUNG

Bundesbehörde versagt altersunabhängiges Hautkrebscreening bei Patienten nach Organtransplantation

Schwerin, 2. August 2018 – Das Bundesversicherungsamt (BVA) mit Sitz in Bonn hat eine zeitnahe Erweiterung eines bestehenden Vertrages abgelehnt. Diese Erweiterung hatte das Ziel, ein altersunabhängiges und halbjähriges Hautkrebscreening für Patienten nach einer Organtransplantation in M-V aufzunehmen. Nach Auffassung des BVA sei dies eine „substanzielle“ Erweiterung eines bestehenden Vertrages und müsste auf einer neuen Rechtsgrundlage abgeschlossen und erneut zur Prüfung im Oktober 2018 vorgelegt werden.

Damit verhindert das BVA ein zeitnahes Angebot für diese Patienten. Es gilt als gesichert, dass Patienten nach einer Organtransplantation ein bis zu einhundertfach erhöhtes Hautkrebsrisiko haben. Gerade deshalb sollte zeitnah eine Möglichkeit geschaffen werden, hier ein gesondertes Angebot in der vertragsärztlichen Versorgung zu schaffen. Besonders kritisch sind die weiteren Ausführungen des BVA zum Nachweis einer „Wirtschaftlichkeit“ zu sehen.

Letztlich bleibt zu hoffen, dass bei den Organtransplantierten keine Hauttumore festgestellt werden. Und falls dies doch der Fall sein sollte, stellt sich die Frage, wie man die hoffentlich rechtzeitige Diagnose und Behandlung des Hautkrebses „wirtschaftlich“ bewerten soll. Die gewonnene Lebenszeit ist aus unserer Sicht nicht in Geld aufzuwiegen. Hier handelt das BVA ohne das nötige Augenmaß. Es kann nicht im Interesse des Gesetzgebers sein, dass Bundesbehörden die zeitnahe Versorgung auch von kleinen Patientengruppen nachhaltig behindern oder verzögern.

Bereits seit einiger Zeit nimmt das BVA sogenannte Selektivverträge, die eine Erweiterung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) anbieten, kritisch unter die Lupe und verlangt Nachbesserungen in Form erhöhter Anforderungen an die Dokumentation und Einschreibung von Patienten. Begründet wird dieses Handeln mit Vorgaben des Gesetzgebers in Berlin.

Der zunehmende Eingriff von Bundespolitik und deren Behörden erschwert es Ärzten und Krankenkassen in den Ländern zunehmend, medizinisch sinnvolle Ergänzungen in der ambulanten Versorgung zu entwickeln und den Patienten anzubieten. Damit nimmt das BVA zunehmend die Rolle einer Fachaufsicht wahr, die Inhalte von medizinischer Versorgung bestimmen will. Hier besteht dringende Handlungsnotwendigkeit der Bundespolitik, die Aufgaben des BVA auf die einer Rechtsaufsicht einzuschränken.