

Berlin, im November 2004
Stellungnahme Nr. 50/2004

Stellungnahme des Deutschen Anwaltvereins

durch den Medizinrechtsausschuss

zum

Gesetz

zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Modernisierungsgesetz GMG) vom 14. November 2003
(BGBl. 2003, Teil 1 Nr. 55, Seite 2190 vom 19.11.2003)

Mitglieder des Medizinrechtsausschusses:

Rechtsanwalt Dr. Bernd Luxenburger, Saarbrücken (Vorsitzender)

Rechtsanwalt Dr. Franz-Josef Dahm, Essen

Rechtsanwalt Michael Klatt, Oldenburg

Rechtsanwalt Reinhold Preißler, Fürth (Berichterstatter)

Rechtsanwalt Dr. Michael Quaas, Stuttgart

Rechtsanwalt Dr. Rudolf Ratzel, München

Rechtsanwalt Arno Schubach, Koblenz

Rechtsanwalt Christoph Stegers, Berlin

zuständige DAV-Geschäftsführerin:

Rechtsanwältin Angelika Rüstow

Verteiler:

- Bundesministerium der Justiz
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages
- Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung (des Deutschen Bundestags)
- SPD-Fraktion im Deutschen Bundestag
- CDU/CSU-Fraktion des Deutschen Bundestages, Arbeitsgruppe Recht
- Fraktionen Bündnis 90/Die Grünen im Deutschen Bundestag
- FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag
- Rechtsausschuss des Bundesrates
- Ministerien für Gesundheit und Soziales der Länder
- Bundesärztekammer
- NJW
- MedizinRecht.de
- Gesundheitsrecht (Zeitschrift von Otto Schmidt)
- MedR - Medizinrecht
- Bundesverband der Freien Berufe
- Bundesgerichtshof, Bibliothek
- Vorstand und Geschäftsführung des DAV
- Landesverbände des DAV
- Vorsitzende der Gesetzgebungsausschüsse des DAV
- Sozialrechtsausschuss
- Geschäftsführender Ausschuss der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht
- Arbeitskreis Recht der im Bundestag vertretenen Parteien
- Deutscher Richterbund
- Deutscher Steuerberaterverband
- Vorsitzender des FORUMs Junge Anwaltschaft
- Bundesrechtsanwaltskammer
- Bundesnotarkammer
- Deutscher Juristinnenbund
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Deutscher medizinischer Informationsdienst e. V.
- Deutscher Ärztinnenbund
- Bundesvereinigung Deutscher Ärzteverbände (BDÄ)
- Hartmannbund Verband der Ärzte Deutschlands e. V.
- Deutscher Kassenarztverband e. V.
- Bundesverband der Knappschaftsärzte e. V.
- Marburger Bund

„Der Deutsche Anwaltverein (DAV) ist der freiwillige Zusammenschluss der deutschen Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte. Der DAV mit derzeit ca. 60.000 Mitgliedern vertritt die Interessen der deutschen Anwaltschaft auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene.“

Am 1. Januar 2004 ist das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz GMG) vom 14. November 2003 (BGBl. 2003, Teil 1 Nr. 55, Seite 2190 vom 19.11.2003) in Kraft getreten. Das Gesetz sieht u.a. die Einrichtung Medizinischer Versorgungszentren vor. Die sich auf die Medizinischen Versorgungszentren beziehenden Vorschriften haben in der Praxis zu erheblichen Schwierigkeiten geführt. Die Initiativ-Vorschläge des Deutschen Anwaltvereins sind ein Appell an den Gesetzgeber, die Unsicherheiten in der Rechtsanwendung zu beseitigen.

1. Änderungsbedarf § 95 SGB V

Änderungsvorschlag zu § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V

„Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 Nr. 1 eingetragen sind, als Angestellte und Vertragsärzte in mindestens zwei Fachgebieten, Schwerpunkten oder unterschiedlichen Versorgungsformen nach § 73 Abs. 1 Satz 1 tätig sind.“

Begründung:

1. Die Formulierung „... als Angestellte oder Vertragsärzte ...“ führt in der Praxis zu Auslegungsproblemen. Zum Teil wird die Formulierung dahingehend verstanden, dass in einem Medizinischen Versorgungszentrum nur entweder Angestellte oder Vertragsärzte tätig werden können. Nach dem Willen des Gesetzgebers können jedoch im Medizinischen Versorgungszentrum nur Vertragsärzte, nur Angestellte oder auch Vertragsärzte und Angestellte tätig werden.
2. Der Begriff „fachübergreifend“ gibt Raum für eine Vielzahl von Auslegungen. Das SGB V verwendet je nach Regelungsgegenstand
 - den Begriff „Fachgebiet“ (§ 95a Abs. 1 Nr. 2), der der Systematik der Gebietsabgrenzung in der Weiterbildungsordnung entspricht;

- den Begriff „arztgruppenbezogen“ (§§ 102 Abs. 1 Satz 1; 85a), wenn bedarfsplanerische Anliegen oder Honorarfragen geregelt werden;
- den Begriff „Versorgungsform“ (§ 87 Abs. 2a), wenn es um Rechtsfolgen des § 73 geht.

Der Begriff fachübergreifend ist vom Wortlaut mit keinem dieser Begriffe identisch. Andererseits deckt sich der Begriff des medizinischen „Fachs“ wie er in der medizinischen Wissenschaft und Lehre vorkommt nicht mit dem Begriff des Fachgebiets. So sind beispielsweise Kardiologie, Nephrologie, etc. eigene medizinische Fächer, jedoch nicht eigenständige Fachgebiete nach der Weiterbildungsordnung. Die redaktionelle Änderung präzisiert den Begriff fachübergreifend im Sinne der bezweckten Versorgungsverbesserung durch interdisziplinäre Zusammenarbeit, in dem 1. klargestellt wird, dass es sich um ärztliche Fächer handelt und dass 2. mit dem bisher verwendeten Begriff des Fachs sowohl Fachgebiete wie auch Schwerpunkte oder die Tätigkeit in verschiedenen Versorgungsformen (hausärztlicher und fachärztlicher Internist) umfasst werden.

Änderungsvorschlag zu § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V

*„Die Medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen, **soweit landesrechtliche Vorschriften über die ärztliche Berufsausübung nicht entgegenstehen**; ...“*

Begründung:

Die Formulierung im bisherigen Gesetzestext hat Diskussionen über das Verhältnis des § 95 Abs. 1 Satz 3 zu den berufsrechtlichen Bestimmungen der Länder über die Berufsausübung ausgelöst. Die hier bestehende Verunsicherung, die die Gründung und Zulassung Medizinischer Versorgungszentren behindert, kann dadurch beseitigt werden, dass eine Formulierung entsprechend dem Wortlaut des § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV gewählt wird, wonach nur diejenigen Organisations- und Rechtsformen zulässig sind, die auch als landesrechtlich zulässige Formen der Berufsausübung in Frage kommen.

Änderungsvorschlag zu § 95 Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V

*„ ... sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet **und betrieben** werden.“*

Begründung:

Die Klarstellung stellt sicher, dass die Voraussetzungen nicht nur im Zeitpunkt der Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums, sondern auch während des laufenden Betriebs bestehen müssen.

Änderungsvorschlag zu § 95 Abs. 2 S. 5 SGB V

*„Um die Zulassung kann sich ein Medizinisches Versorgungszentrum bewerben, dessen Ärzte in das Arztregister nach S. 3 eingetragen **werden können**; ...“*

Begründung:

Danach müssen Ärzte im Arztregister bereits im Zeitpunkt der Bewerbung um die Zulassung eingetragen sein. Sinnvoll ist es jedoch, die Antragsbefugnis auch schon dann anzunehmen, wenn die Eintragungsfähigkeit in das Arztregister besteht.

Änderungsvorschlag zu § 95 Abs. 5 SGB V

Einfügung am Ende:

*„**Satz 1 gilt für Medizinische Versorgungszentren mit der Maßgabe, dass bei einem vorübergehenden Fehlen der fachübergreifenden Tätigkeit das Ruhen oder der Entzug der Zulassung gem. § 95 Abs. 6 S. 2 SGB V erst nach Ablauf von sechs Monaten in Frage kommt.**“*

Begründung:

Für die Nachbesetzung von Arztstellen in Medizinischen Versorgungszentren kann sich dasselbe Problem ergeben, das bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes besteht. Insbesondere im

Falle von Tod oder Berufsunfähigkeit ist ein bestimmter Zeitraum erforderlich zur Abwicklung der Nachbesetzung.

Dem Medizinischen Versorgungszentrum müsste nach dem bisherigen Wortlaut im Fall des Fehlens eines zweiten Fachs sofort die Zulassung nach § 95 Abs. 6 Satz 1 entzogen werden.

Mit der vorgeschlagenen Regelung wird erreicht, dass bei einem temporären Fehlen eines zweiten Faches eine Zulassungsentziehung und ein Ruhen der Zulassung für einen Zeitraum von sechs Monaten überhaupt nicht in Frage kommt bzw. bei einem längeren Zeitraum zunächst die Zulassung nur ruht. Das Ruhen der Zulassung kommt in Frage, wenn die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in angemessener Frist zu erwarten ist. Ein Zeitraum von sechs Monaten scheint angemessen, um Nachbesetzungsfragen lösen zu können.

Änderungsvorschlag zu § 95 Abs. 6 SGB V

*„... einem Medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz nicht mehr vorliegt, **es sei denn, der das Medizinische Versorgungszentrum betreibende Vertragsarzt hat auf seine Zulassung nach § 103 Abs. 4a Satz 1 verzichtet.**“*

Begründung:

In § 95 Abs. 1 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V ist vorgesehen, dass Medizinische Versorgungszentren nur gegründet werden dürfen von Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der Versorgung der Versicherten teilnehmen.

Damit können Medizinische Versorgungszentren gegründet werden beispielsweise von Krankenhäusern, die dabei ihren Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V behalten und das Zentrum in der Weise betreiben, dass sie Vertragsarztsitze nach § 103 Abs. 4a Satz 2 SGB V übernehmen.

Das Medizinische Versorgungszentrum arbeitet dann mit angestellten Ärzten.

In gleicher Weise könnte ein Vertragsarzt ein Medizinisches Versorgungszentrum gründen und betreiben. Er könnte vielleicht sogar seine Zulassung behalten und an anderer Stelle seine Praxis fortführen, während er zugleich Gesellschafter eines Medizinischen Versorgungszentrums ist.

Wenn ein Vertragsarzt jedoch ein Medizinisches Versorgungszentrum in der Weise betreiben möchte, dass er seine eigene Zulassung nach § 103 Abs. 4a Satz 1 SGB V überträgt, um selbst als angestellter Arzt in seinem eigenen Medizinischen Versorgungszentrum zu arbeiten, so scheidet dies am Wortlaut des § 95 Abs. 6 Satz 2.

Danach ist nämlich bleibende Betriebsvoraussetzung für ein Medizinisches Versorgungszentrum, dass es nur von zugelassenen Leistungserbringern im Sinne des Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V betrieben werden darf. Damit soll nach der nachvollziehbaren Begründung dem Betrieb eines Medizinischen Versorgungszentrums durch andere als Leistungserbringer entgegengetreten werden.

Ein Vertragsarzt, der seine Zulassung auf das Medizinische Versorgungszentrum übertragen hat, ist damit selbst ohne Zulassung nicht mehr zugelassener Leistungserbringer mit der Folge, dass dem Medizinischen Versorgungszentrum nach der Gründung sogleich die Zulassung wieder entzogen werden müsste.

Daran ändert auch nichts, dass der ehemals zugelassene Vertragsarzt nunmehr als angestellter Arzt des Medizinischen Versorgungszentrums Leistungen für Versicherte erbringt. Dieser Status ist nämlich kein Teilnahmestatus im Sinne des § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V, auch wenn der angestellte Arzt Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung wird. Die Leistung erbringt nämlich dem Wortlaut nach das Medizinische Versorgungszentrum durch angestellte Ärzte. Wollte man dies anders sehen, wäre z.B. auch im Falle des Betriebs eines Medizinischen Versorgungszentrums durch das Krankenhaus jeder dort angestellte Arzt durch Vertrag teilnehmender Leistungserbringer.

Trotz einer entsprechenden Klarstellung durch das BMGS (Schreiben Dr. Orłowski vom 19.01.2004) wird von Seiten der Zulassungsgremien die Auffassung vertreten, in dem oben beschriebenen Fall müsste dem Zentrum sogleich die Zulassung entzogen werden. Durch die redaktionelle Änderung wird klargestellt, dass ein Vertragsarzt, ausschließlich in dem Fall, dass er auf seine Zulassung verzichtet, um selbst im Medizinischen Versorgungszentrum gesetzlich versicherte Patienten als Angestellter zu versorgen, zulässigerweise Betreiber eines Medizinischen Versorgungszentrums sein kann und in diesen Fällen eine Zulassungsentziehung wegen Fehlens der Voraussetzungen nicht in Frage kommt.

2. Änderungsbedarf des § 103 SGB V

Änderungsvorschlag § 103 Abs. 6 Satz 1 SGB V

*„Endet die Zulassung eines Vertragsarztes, der die Praxis bisher mit einem oder mehreren Vertragsärzten gemeinschaftlich **oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum** ausgeübt hat, so gelten die Absätze 4 und 5 entsprechend. Die Interessen des oder der in der Praxis **oder im Medizinischen Versorgungszentrum** verbleibenden Vertragsärzte sind bei der Bewerberauswahl angemessen zu berücksichtigen.“*

Begründung:

Die gemeinschaftliche Berufsausübung von Ärzten in Gemeinschaftspraxen wird bei der Nachbesetzung durch eine entsprechende Privilegierung der Gemeinschaftspraxis gefördert. Diese Privilegierung müsste im Interesse einer Gleichbehandlung von Gemeinschaftspraxis und Medizinischem Versorgungszentrum auch den in einem Medizinischen Versorgungszentrum kooperativ tätigen Ärzten zugute kommen, um das Ausbluten eines Medizinischen Versorgungszentrums durch Abwanderung von Vertragsarztsitzen in der Nachbesetzung zu verhindern.

3. **Änderungsbedarf des § 106 SGB V**

Änderungsvorschlag zu § 106 Abs. 5 Satz 1 SGB V

Der Prüfungsausschuss entscheidet, ob der Vertragsarzt, der ermächtigte Arzt, **die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder das Medizinische Versorgungszentrum** gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind.

Änderungsvorschlag § 106 Abs. 5 Satz 3 SGB V

Gegen die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse können die betroffenen Ärzte, **die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung sowie die Medizinischen Versorgungszentren**, die Krankenkassen, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Beschwerdeausschüsse anrufen.

Begründung:

Die Anwendung von § 106 Abs. 5 SGB V auf Medizinische Versorgungszentren kann sich bereits aus § 72 Abs. 1 S. 2 SGB V ergeben. Die enumerative Aufzählung der von der Wirtschaftlichkeitsprüfung Betroffenen lässt aber auch die Deutung zu, dass „etwas anderes“ bestimmt ist. Außerdem ist nicht klar, ob der für ein Medizinisches Versorgungszentrum

(zugelassene) Vertragsarzt als solcher an der Wirtschaftlichkeitsprüfung teilnimmt oder das Medizinische Versorgungszentrum, für das (in dem) er tätig ist.

§ 106 Abs. 5 S. 1 SGB V nennt nur ermächtigte Ärzte oder ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen; insoweit kann § 106 Abs. 5 S. 3 SGB V dahin zu interpretieren sein, dass es sich bei den dort genannten „ärztlich geleiteten Einrichtungen“ um ermächtigte Einrichtungen handelt. Das Verständnis von den „sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen“ ergibt sich beispielsweise auch aus § 46 Abs. 1 bb bzw. cc Ärzte-ZV (n. F.), wo das Medizinische Versorgungszentrum neben der „sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtung“ als Alternative Erwähnung findet, so dass beide wegen des unterschiedlichen Gesetzeswortlauts nicht zwingend gleichgesetzt werden können (vgl. auch § 295 Abs. 1 b S. 1 und Abs. 4)

Anmerkung:

Unklar ist weiter, ob sich die Vorschriften des § 106 Abs. 5 a – d SGB V ausschließlich auf den „Vertragsarzt“ beziehen, soweit dieser - im Gegensatz zu § 106 Abs. 5 SGB V - ausdrücklich angesprochen wird. Werden die Absätze 5 a – d von § 72 Abs. 1 erfasst oder gilt insoweit § 72 Abs. 1 S. 2, letzter Halbsatz?

Zudem wird in den Abs. 5 a – d teilweise nur der Vertragsarzt angesprochen (z.B. Abs. 5 a S. 3, Abs. 5 c S. 3, Abs. 5 d S. 1). Dies lässt den Eindruck entstehen, als könnten diese Vorschriften nicht auf ermächtigte Ärzte und (ermächtigte) ärztlich geleitete Einrichtungen angewendet werden. Dies bestätigt wohl auch § 106 Abs. 6 SGB V, wonach für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen nur die Absätze 1 - 5 (also nicht auch die Absätze 5 a - d) gelten. Frage: Unterliegen die Leistungen nach Abs. 6 allgemein nicht den Vorschriften nach Abs. 5 a - d?

Diese Auslegungsprobleme könnten auch dadurch gelöst werden, dass in § 106 Abs. 5 SGB V nur noch der Vertragsarzt Erwähnung findet und § 106 Abs. 6 SGB V folgenden Wortlaut enthält:

Die Absätze 1 bis 5 d gelten auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der von ermächtigten Ärzten, ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen einschließlich der Medizinischen Versorgungszentren und der sonstigen im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen.

Eine gleichlautende Formulierung sollte auch in § 106 a SGB V aufgenommen werden. Hier lässt § 106 a Abs. 3 SGB V den Eindruck entstehen, als wenn von der Abrechnungsprüfung nur die „Vertragsärzte“ im engeren Sinne betroffen sind.

4. Änderungsbedarf Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV:

Änderungsvorschlag § 33 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV und § 33 Abs. 1 S. 2 Zahnärzte-ZV

Sowohl § 33 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV als auch § 33 Abs. 1 Satz 2 Zahnärzte-ZV sind ersatzlos zu streichen.

§ 33 Abs. 2 Ärzte-ZV und § 33 Abs. 2 Zahnärzte-ZV ist folgendermaßen zu fassen:

Die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher und vertragszahnärztlicher Tätigkeit ist unter der Voraussetzung zulässig, dass die fachliche Zusammenarbeit der verschiedenen Ärzte einem gemeinsamen Behandlungskonzept dient. Sie bedarf der vorherigen Genehmigung sowohl durch den Zulassungsausschuss Ärzte als auch den Zulassungsausschuss Zahnärzte. Die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen sind vor Beschlussfassung zu hören. Die Genehmigung kann mit Auflagen versehen werden, wenn ansonsten eine unzulässige Vermischung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung zu befürchten ist. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die Versorgung der Versicherten beeinträchtigt wird oder landesrechtliche Vorschriften über die ärztliche und zahnärztliche Berufsausübung entgegenstehen.

Satz 1 bis 5 gilt für die gemeinsame Beschäftigung von Zahnärzten und Ärzten in Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren entsprechend.

Begründung:

Anlässlich der Einführung von Medizinischen Versorgungszentren wurde deutlich, dass es durchaus sinnvolle Behandlungskonzepte durch Kooperation von Ärzten und Zahnärzten gibt (Beispiel Kopf-Zentrum, Zusammenarbeit von Zahnärzten mit HNO-Ärzten, Kieferorthopäden, plastischen Chirurgen oder auch Neurochirurgen). Bisher untersagte § 33 Ärzte-ZV und § 33 Zahnärzte-ZV eine derartige organisierte Kooperation. Wenn Medizinische Versorgungszentren derartige Kooperationen aber ermöglichen sollen, müssen diese Formen der Zusammenarbeit auch für sonstige freiberufliche Zusammenschlüsse (Gemeinschaftspraxis in Form einer GbR oder Partnerschaftsgesellschaft) ermöglicht werden.

Änderungsvorschlag § 32 b Ärzte-ZV

Die Ungleichbehandlung von Medizinischen Versorgungszentren und Gemeinschaftspraxis bei der Möglichkeit, andere Ärzte anzustellen, ist zu streichen. Die jetzige Fassung stellt eine nicht zu rechtfertigende Benachteiligung der Freiberufler GbR gegenüber dem Medizinischen Versorgungszentrum dar.

Änderungsvorschlag § 20 Abs. 1 und § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV (gilt für die Zahnärzte-ZV entsprechend)

Der Gesetzgeber hat die genannten Vorschriften nicht geändert, geht aber gleichwohl davon aus, dass es Krankenhausärzte geben wird, die in Teilzeit in einem von ihrem Krankenhaus gegründeten Medizinischen Versorgungszentrum tätig sind oder in Teilzeit in unterschiedlichen Medizinischen Versorgungszentren arbeiten. In gleicher Weise sollen ermächtigte Krankenhausärzte **zusätzlich** in Medizinischen Versorgungszentren tätig werden können. Dies steht mit der bisherigen Rechtsprechung des BSG zur Kollisionsproblematik (BSGE 81, 343 ff.) und zur ausreichenden Verfügbarkeit (BSG, Urteil vom 30.01.2002, Az. B 6 KA 20/01R, GesR 2002, 15) nicht in Einklang. Wenn derartige Modelle für Medizinische Versorgungszentren zulässig sein sollen, muss durch eine Änderung in § 20 Abs. 1 und Abs. 2 Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV klargestellt werden, dass dies auch für andere Formen vertragsärztlicher und vertragspsychotherapeutischer Tätigkeit möglich ist.