

**(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache**

**0017(15)**

**vom 12.10.2006**

**16. Wahlperiode**

Schwerin, den 12. Okt. 06

**Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern zur Anhörung vor dem Ausschuss für Gesundheit am 18. Oktober 2006  
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG)“  
(BT-Drs 16/2474)**

Der Vertreter der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommerns bezieht sich in der nachfolgenden Stellungnahme ausschließlich auf die vertragszahnärztliche Versorgung aus Sicht der neuen Bundesländer.

Mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechtes und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG)“ wird unter anderem die Zielsetzung einer Liberalisierung des Berufsrechtes, die dem Vertragszahnarzt zusätzliche Möglichkeiten eröffnet, um flexibel auf veränderte Berufssituationen zu reagieren, verfolgt. Im Grundsatz wird diese Zielsetzung ebenso begrüßt wie eine geplante Entbürokratisierung und eine in Teilen beabsichtigte Beseitigung der wirtschaftlich nicht mehr zu begründenden Vergütungsabschläge im Betrittsgebiet. Aus Sicht der Vertragszahnärzte der neuen Bundesländer kann die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Änderung des § 85 Abs. 3 d SGB V auch auf die damit verbundenen rückwirkenden Änderungen nicht nachvollzogen werden. Dies gilt insbesondere mit Blick auf das mit der gesetzlichen Norm des § 85 Abs. 3 d SGB V verfolgte Ziel, unter anderem eine weitere Verbesserung des Qualitätsstandards der vertragszahnärztlichen Versorgung in den neuen Bundesländern für den Kreis der weit über 90 % gesetzlich krankenversicherten Bevölkerung zu erreichen.

Aufgrund der mit der geplanten Änderung verbundenen hohen Brisanz auch nach 16 Jahren Deutscher Einheit bezieht sich die vorliegende Kommentierung ausschließlich auf die geplante Änderung des § 85 Abs. 3 d SGB V in der Fassung des GMG.

Bezüglich der weiteren mit dem VÄndG geplanten Änderungen verweist die KZV M-V auf die Stellungnahme der KZBV vom 10.10.2006 und bittet bei der Beratung der gesetzlichen Normen zu überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften eine weitere Ausweitung des schon bestehenden hohen Bürokratieaufwandes zu vermeiden.

### § 85 Abs. 3 d SGB V

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde in § 85 SGB V (Gesamtvergütung), der sich im Vierten Kapitel des SGB V befindet, der neue Absatz 3 d eingefügt. Danach sollen zur Angleichung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen je Vertragsarzt im Beitrittsgebiet und dem übrigen Bundesgebiet die Gesamtvergütungen im Beitrittsgebiet in den Jahren 2004 bis 2006 zusätzlich zu der gemäß § 85 Abs. 3 SGBV zu entwickelnden Gesamtvergütung eine weitere Erhöhung der Gesamtvergütung schrittweise um insgesamt weitere 3,8 v. H. erfolgen. Die Finanzierung soll durch eine um 0,2 % p. a. geringere Anhebung der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung in den alten Bundesländern erfolgen. Gemäß § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V gelten die Vorschriften dieses Vierten Kapitels, die sich auf Ärzte beziehen, entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist. Im § 85 Abs. 3 d Satz 7 SGB V in der Fassung des GMG wurde die Sonderregelung eingefügt, dass die Ost/West-Angleichung des § 85 Abs. 3 d SGB V nicht für das Land Berlin gilt. Anlass für diese Ausnahmeregelung ist der Umstand, dass der Gesetzgeber mit Wirkung bereits ab 01.01.1995 für Gesamt-Berlin, welches zuvor in den Rechtskreis Ost und den Rechtskreis West aufgeteilt war, die Rechtseinheit in der gesetzlichen Krankenversicherung einführte, was dazu führte, dass in Berlin bereits mit Wirkung ab 01.01.1995 eine Ost/West-Angleichung zugunsten der Ostberliner Zahnärzte und zu Lasten der Westberliner Zahnärzte vollzogen wurde. Die mit dieser Maßnahme abgeforderte Solidarität wurde von den Berliner West-Zahnärzten seinerzeit getragen. Wenn der Gesetzgeber des GMG für eine Ost/West-Angleichung die Notwendigkeit einer Sonderregelung für die vertragsärztliche Vergütung gesehen hätte, hätte er zwangsläufig auch etwas Abweichendes im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 2 SGB V für Zahnärzte, Psychotherapeuten und/oder medizinische Versorgungseinrichtungen im Gesetz aufgenommen.

Somit besteht der Anspruch auf Ost/West-Angleichung nicht nur zugunsten der zugelassenen Ärzte, sondern auch der zugelassenen Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren. Im Ergebnis haben auch der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages<sup>1</sup> und das Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern<sup>2</sup> diese Auffassung bestätigt. Der Gesetzeswortlaut, an den sich alle 3 Gewalten (Legislative, Exekutive, Judikative) halten müssen, ist derart eindeutig, dass er einer abweichenden Auslegung nicht zugänglich ist. Die Bemühungen des BMGs im Schreiben vom 17. Dezember 2003 - AZ 226-44030-1 – den § 85 Abs. 3 d in der Fassung des GMG dahingehend auszulegen, dass die Ost/West-Angleichung ausschließlich für Ärzte gilt, verstößt daher gegen das Rechtsstaatsprinzip des Art. 20 GG.

<sup>1</sup> Fundstelle: Beschluss des Deutschen Bundestages vom 16.12.2004, Pet. 2-15-15-2122-020115

<sup>2</sup> Fundstelle: Entscheidung des Landesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern in der Sache KZV M-V gegen AOK M-V vom 01. März 2006

Gemäß Artikel 20 Abs. 3 GG ist die Gesetzgebung an die verfassungsmäßige Ordnung, die vollziehende Gewalt und die Rechtsprechung an Gesetz und Recht gebunden. Da die KZV als Körperschaft des öffentlichen Rechts zur mittelbaren Staatsverwaltung gehört, ist sie vollziehende Gewalt im Sinne von Artikel 20 Abs. 3 GG und damit an Recht und Gesetz gebunden.

Da die Ost/West-Angleichung vorbehaltloser Gesetzauftrag ohne Spielraum beispielsweise für eine Unterschreitung der 3,8 % ist, ist die KZV nach dem Legalitätsprinzip des Artikels 20 Abs. 3 GG zur Umsetzung verpflichtet, ggf. unter Zuhilfenahme des Landesschiedsamtes.

Im Rahmen des Verfahrens vor dem Landesschiedsamt für vertragszahnärztliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern wurde ebenso wie im Petitionsverfahren dargestellt, dass die Umsatzunterschiede sowie die Unterschiede in der Einnahmenüberschussrechnung in der vertragszahnärztlichen Versorgung in den neuen Bundesländern je Versicherten den Werten, die gem. BMGS aus dem ärztlichen Bereich zum Anlass der gesetzlichen Regelung genommen wurden, entsprechen.

Im Übrigen bestätigt die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates zum VÄndG, dass die vorgesehene Aufhebung des Vergütungsabschlages in der privaten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zum 01.01.2007 neben anderen Maßnahmen dazu dient, die ärztliche und zahnärztliche Versorgung zu verbessern. Unter Berücksichtigung, dass in den neuen Bundesländern weit über 90% der Bevölkerung in der GKV versichert sind, muss doch gerade im GKV-Bereich eine Angleichung und somit Verbesserung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung verfolgt werden. Auch die KZBV weist in ihrer Stellungnahme vom 10.10.2006 auf das im Wesentlichen einheitliche Kosten- und Preisniveau in Ost- und Westdeutschland hin.

Vor dem Hintergrund der Arbeitsmarktlage und dem sehr hohen Anteil der gesetzlich krankenversicherten Menschen sollten die von der Bundesregierung und der KZBV vorgetragenen Argumente erst recht für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung Gültigkeit haben.

Aus den genannten Gründen muss zur Sicherung und weiteren Verbesserung des Qualitätsstandards der vertragszahnärztlichen Leistungen die mit dem VÄndG geplante Änderung des § 85 Abs. 3d SGB V entfallen.

Wolfgang Abeln  
Vorsitzender des Vorstandes  
Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V



## **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und andere Gesetze**

(Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG)

Stand 30.08.2006

(Bundestagsdrucksache 16/2774)

### **Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer**

Die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer wird sich in ihrer Stellungnahme auf die Spezifik der neuen Bundesländer beschränken.

Im Übrigen schließt sich die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer den Ausführungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an.

Im Vorfeld der Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer muss festgehalten werden, dass eine Regelung zur Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit im Grundsatz zu befürworten ist. Einen grundsätzlichen Vorbehalt sieht die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer bei der Einführung dieses Gesetzes in der Finanzierbarkeit!

Diese Flexibilisierung kann ihre volle Wirksamkeit aber nur entfalten, wenn die Aufhebung der Budgetierung in der vertragsärztlichen Vergütung in jedweder Form entfällt.

Mit einem „liberalisierten“ Vertragsarztrecht – Tätigkeit an verschiedenen Orten, Anstellung von Ärzten, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften – stellt sich die Frage nach dem Umfang der entstehenden Leistungen, welche erbracht werden um einem notwendigen Versorgungsbedarf zu decken und wie diese vergütet werden.

Es ist derzeit noch nicht vollständig beurteilbar, ob das bestehende Instrumentarium geeignet ist, nicht beabsichtigte Entwicklungstendenzen der Liberalisierung (Stichwort: „Industrialisierung“ des Gesundheitsmarktes) hinreichend sicher und sachgerecht zu verhindern.

Eine Liberalisierung der Vertragsarztstätigkeit muss mit einer ausreichenden Vergütung einhergehen. Zielsetzung muss eine kalkulierbare und feste Vergütung für den Vertragsarzt sein.

Dies gilt umso mehr für die Ärzte in den neuen Bundesländer. Diese müssen seit Jahren mit 20% weniger Finanzmitteln als in den alten Bundesländern die ambulante ärztliche Versorgung sicherstellen.

## **Bedarfsplanung / Zulassung**

- a. der wie in § 102 SGB V vorgesehene Auftrag an den Gesetzgeber, die Verhältniszahlen für die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung gesetzlich festzulegen und somit die Bedarfsplanung zu verschärfen wird ersatzlos gestrichen.
- b. die derzeit in § 25 ZV-Ä geregelte Altersgrenze von 55 Jahren für die Erstzulassung in den Planungsbereichen, für welche der Landesausschuss eine bestehende oder drohende Unterversorgung feststellt sowie für Ärzte in MVZ nach § 95 Abs.1 SGB V oder für (bei Vertragsärzten) angestellte Ärzte nach § 95 Abs. 2 SGB V wird aufgehoben.
- c. die Altersgrenze von derzeit 68 Jahren mit seinen Regelungen unter § 95 Abs. 7 SGB V wird bei der Feststellung von Unterversorgung durch den Landesausschuss hinausgeschoben. Die Zulassung würde somit spätestens ein Jahr nach Aufhebung der Unterversorgung enden.

- d. der § 24 ZV-Ä soll durch die Absätze 3 bis 6 ersetzt werden. Hier soll geregelt werden, dass ein Vertragsarzt in einem anderen KV-Bereich eine Zweigpraxis eröffnen und für den Ort der Zweigpraxis einen weiteren Arzt anstellen kann.

Grundsätzlich kann die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer diesen unter a - d dargestellten Regelungen zustimmen.

Die Wirksamkeit einer Regelung wie in b und c dargestellt, ist allerdings sehr stark in Zweifel zu ziehen.

Vor dem Hintergrund, dass das durchschnittliche Alter bei Rückgabe der Zulassung in den neuen Bundesländern bei rd. 61 Jahren liegt, wird mit einer solchen Regelung das Ziel unter A (Problem und Ziel des Gesetzesentwurfes), die Behebung von Engpässen, nicht zu greifen sein. Im Durchschnitt sind rund 23% aller Vertragsärzte in den neuen Bundesländern älter als 60 Jahre. Bei der Fachgruppe der Hausärzte sind dies sogar rund 30 %.

Allein diese Quote lässt an der Möglichkeit einer nachhaltigen Beseitigung von Unterversorgung durch Öffnung der Zulassung von Ärzten im Vor- und Nachruhestandsalter zweifeln.

Die Regelung unter d. sollte in erster Linie für die unterversorgten bzw. drohend unterversorgten Gebieten in den neuen Bundesländern ihre Wirkung finden.

Hier muss eine Präzisierung dahingehend vorgenommen werden, dass auch der KV-bereichseigene Vertragsarzt die Möglichkeit erhält, ebenfalls eine Zweigstelle mit einem dafür von ihm angestellten Arzt zu besetzen. Die Beschränkung einer solchen durchaus sinnvollen Option auf ausschließlich bereichsfremde Ärzte scheint sinnlos.

### **Integrierte Versorgung - Anschubfinanzierung**

Der § 140 d SGB V soll dahingehend verändert werden, dass die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2007 verlängert wird.

Die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer weist nachdrücklich darauf hin, dass mit einer Verlängerung der Anschubfinanzierung zugleich eine Verbesserung der Auskunfts- und Rechnungslegungspflichten der Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführt werden muss.

Um Doppelabrechnungen zu Lasten der Gesamtvergütung zu verkleinern sowie die Rechtmäßigkeit des IV-Projektes zu überprüfen und Missbrauch zu verhindern, muss die um Anteile die Gesamtvergütung kürzende Krankenkasse über den Vertragsstand, den Vertragspartner und somit über die damit verbundenen Ausgaben rechnungslegungspflichtig sein.

Wegen der hier nicht klar definierten rechtlichen Situation werden die Kassenärztlichen Vereinigungen gezwungen, zum Schutz ihrer Mitglieder den Rechtsweg zu beschreiten.

Gerade in den neuen Bundesländern mit ihren geringeren Gesamtvergütungen als in den alten Bundesländern sollte sehr genau überprüft werden, wofür Gelder aus der budgetierten Gesamtvergütung abfließen. Wenn hierzu nur der Klageweg zum Erfolg führt, ist dieses Vorgehen aus Finanzierungssicht kontraproduktiv.

Im Übrigen folgen wir dem Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Ergänzung des § 140 d Abs. 1 SGB V.

## **Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung**

Die Sechste Gebührenanpassungsverordnung regelte einen schon lange nicht mehr gerechtfertigten 10 %igen Abschlag für die neuen Bundesländer.

Diese Gebührenanpassungsverordnung vom 18. Oktober 2001 wird mit dem neuen Gesetz aufgehoben werden, sollte dieses Gesetz in Kraft treten.

Die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer begrüßt diese längst überfällige Streichung.

In der Stellungnahme des Bundesrates zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 07.07.2006 wurde von Seiten der Länder darum ersucht, eine siebte Gebührenanpassungsverordnung mit dem Ziel, dass eine vollständige Anpassung erst ab dem 1. Januar 2010 wirksam wird, zu erlassen.

Dieser Stellungnahme des Bundesrates wurde aus Sicht der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer zu Recht nicht Folge geleistet.

Die Auswirkung der Aufhebung der 6. Gebührenanpassungsverordnung auf die Beihilfeausgaben der Länder und Kommunen spielen haushalterisch eine untergeordnete Rolle, ist aber ein politisch wichtiges Signal in die Richtung niederlassungswilliger Ärzte.

Daher fordert die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer, keine Modifizierung an dieser Stelle mehr vorzunehmen.

## Inkrafttreten

Das Gesetz soll mit Wirkung vom 1. Januar 2007 in Kraft treten.

Die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer hält ein Inkrafttreten des zulassungsrechtlichen Teils zum 1. Januar 2007 für organisatorisch und technisch nicht umsetzbar.

Durch die Liberalisierung des Vertragsarztrechts und der damit verbundenen Anpassung untergesetzlicher Normen ist ein Zeitrahmen bis zum 1. Januar 2007 nicht zu realisieren. Um eine umfangreiche Umsetzung des Gesetzes zu gewährleisten, schlägt die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer ein Inkrafttreten zum 01.07.2007 vor.

Hingegen ist die Aufhebung der 6. Gebührenanpassungsverordnung per Rechtsverordnung jederzeit – also zum 01.01.2007 ohne Probleme möglich.

gez. Dr. med. Hans-Joachim Helming  
Sprecher der Arbeitsgemeinschaft  
Vorsitzender des Vorstandes der  
Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg





Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

**(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache**

**0017(2)**

**vom 9.10.2006**

**16. Wahlperiode**

## **Stellungnahme des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ e.V.) zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz-VÄndG)**

Der BVKJ begrüßt zusammen mit anderen Berufsverbänden die gesetzgeberische Intention, die Beschlüsse des Bremer Ärztetages zur Liberalisierung des Berufsrechts nunmehr umzusetzen. Wir haben aber einige Veränderungsvorschläge, die aus unserer Sicht die Besonderheiten im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin notwendigerweise berücksichtigen müssen

Die im Gesetzesvorschlag formulierte Fristverschiebung um weitere zwei Jahre zur Reform der ärztlichen Vergütungsstrukturen wird zusammen mit allen anderen Arztgruppen nachdrücklich abgelehnt. Die aktuellen Protestaktionen der Ärzteschaft gründen wesentlich in der unbefriedigenden Honorarsituation, der Unterfinanzierung des ambulanten Versorgungsbereichs und der unterschiedlichen Honorierung gleicher ärztlicher Leistungen in den einzelnen KVen bei einem einheitlichen Leistungsanspruch von GKV-Versicherten bundesweit. Solange der Gesetzgeber hier keine eindeutigen Zeichen in Richtung einer erkennbaren Verbesserung setzt, sondern im Gegenteil diesen Prozess aktiv prolongiert, wird zu erwarten sein, dass die Protestbewegung verstärkt Zulauf erhält und in Zukunft auch Patienten von den Protestaktionen der Ärzteschaft betroffen sein werden. Bei einer durchschnittlichen Vergütung von 14,- € pro Monat pro Behandlungsfall im kinder- und jugendärztlichen Versorgungsbereich ist eine qualifizierte medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen kaum noch aufrecht zu erhalten.

Der BVKJ erwartet von der Politik bereits jetzt Änderungen im SGB V, die über die im VÄndG vorgesehenen Änderungen hinausgehen. Insbesondere müssen aus der Sicht des BVKJ die §§ 26 und 34 SGB V schon jetzt umformuliert werden.

1

## **Änderungsvorschläge:**

### **SGB 5 § 26 Kinderuntersuchung**

(1) Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. ....

### **Vorschlag BVKJ angesichts der derzeitigen Diskussion um die Erweiterung des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder:**

(1) Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. ....

### **SGB 5 § 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel**

(1) Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossen. .... Satz 1 gilt nicht für:  
1. versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,  
2. versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen.....

### **Vorschlag BVKJ:**

...Satz 1 gilt nicht für versicherte Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ..

### **Zu Nummer 4-7 (SGB V § 85a-d):**

Die im Entwurf vorgesehene Fristverlängerung im Zusammenhang mit der dringend gebotenen Ablösung der Honorarbudgetierung wird in Übereinstimmung mit allen anderen Berufsverbänden abgelehnt. Die in der Begründung genannten Tatbestände sind zwar im Grunde zutreffend, jedoch nicht Versäumnissen der Ärzteschaft anzulasten. Solange der Gesetzgeber hier keine eindeutigen Zeichen in Richtung einer erkennbaren Verbesserung setzt, sondern im Gegenteil diesen Prozess aktiv prolongiert, wird zu erwarten sein, dass die Protestbewegung verstärkt Zulauf erhält mit allen negativen Konsequenzen für den Gesetzgeber und die Politik im allgemeinen.

### **Zu Nummer 8 (SGB V §95)**

a) In Absatz 1 werden nach Satz 2 folgende Sätze eingefügt:

„Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich.“

### **Vorschlag BVKJ:**

„Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. ***Dies gilt auch, wenn ein hausärztlicher Kinder- und Jugendarzt und ein Kinder- und Jugendarzt mit Schwerpunkt bzw. Zusatzbezeichnung, der gemäß § 73 SGB V gleichzeitig haus- und fachärztlich tätig sein darf, gemeinsam in einer solchen Einrichtung tätig sind und die Schwerpunkttätigkeit auch ausgeübt wird.*** Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich.“

a) bb) Nach unserem Verständnis muss die Leitung eines MVZ grundsätzlich in ärztlicher Hand sein. Gemäß der ärztlichen Berufsordnung ist alles andere nicht mit dem Berufsrecht vereinbar. Da z.B. nicht-ärztliche Psychotherapeuten ebenfalls gemäß SGB an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, würde die vorgesehene Formulierung einen unauflösbaren Konflikt zwischen Sozialrecht und Berufsrecht heraufbeschwören, wenn z.B. ein solcher nicht-ärztlicher Psychotherapeut die Leitung eines MVZ übernehme. Denkbar ist eine Formulierung: „... ist auch eine ärztliche Leitung in Kooperation mit anderen Leistungserbringern möglich.“

b) Die Option einer freiwilligen Begrenzung der Zulassung wird ausdrücklich unterstützt. Wir empfehlen eine marginale, aber hilfreiche Veränderung im neuen § 19a Abs 2 der Zulassungsverordnung: „...seinen Versorgungsauftrag **bis zur Hälfte** des Versorgungsauftrags nach Absatz 1 zu beschränken.“ Diese Formulierung ermöglicht auch eine Reduktion auf andere Anteile, beispielsweise auf 2/3 für jeweils zwei Partner einer Gemeinschaft, um einen weiteren Partner ebenfalls auf Basis einer 2/3-Zulassung aufzunehmen. Da der Gesetzgeber eine sehr weit reichende Flexibilisierung des Zulassungsrechts plant, sollte die Umsetzung dieser Anregung, die gerade in zu fördernden Assoziationen zum Tragen käme, keine Schwierigkeit darstellen.

d) Die Regelung wird befürwortet, allerdings halten wir die so genannte „Altersgrenze“ für verfassungswidrig. Wenn der Gesetzgeber jetzt eine Ausnahme für versorgungsgefährdete Gebiete vorsieht, ist die bisherige und einzige Begründung für die Altersgrenze aus Sicherheitsaspekten für die zu versorgenden Patienten nicht mehr haltbar. Angesichts des zu

erwartenden Mangels an niederlassungswilligen Ärzten und des bereits in 4-5 Jahren erfolgenden Ausscheidens von 25% der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte wegen Erreichens des Renteneintrittsalters ist die bisherige Altersbegrenzung grundsätzlich zu streichen.

e) Wird befürwortet, allerdings gilt auch hier der Kommentar zu b), wonach wir gerade auch für diese Fälle die Option einer variablen Begrenzung der Zulassung auf bis zur Hälfte einer Vollzulassung anraten.

f) Aus Gründen der Gleichstellung sollten auch Kinder- und Jugendärzte die Möglichkeit zur Anstellung eines Lehrstuhlinhabers für Kinder- und Jugendmedizin erhalten.

### **SGB 5 § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

g) Nach Absatz 9 wird folgender Absatz 9a eingefügt:

"(9a) Der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die Inhaber von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an Hochschulen sind und in das Arztregister eingetragen sind, unabhängig von Zulassungsbeschränkungen anstellen. Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in einer Planungsregion sind diese angestellten Ärzte nicht mitzurechnen."

### **Vorschlag BVKJ:**

g) Nach Absatz 9 wird folgender Absatz 9a eingefügt:

"(9a) Der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die Inhaber von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendmedizin an Hochschulen sind und in das Arztregister eingetragen sind, unabhängig von Zulassungsbeschränkungen anstellen. Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in einer Planungsregion sind diese angestellten Ärzte nicht mitzurechnen."

### **3. Vertragsärztliche Regelungen zur Abmilderung von regionalen Versorgungsproblemen**

- Auf der Ebene des einzelnen Arztes sieht der Entwurf - neben den Regelungen zur Flexibilisierung - folgende spezielle gesetzliche Lockerungen bei Versorgungsdefiziten vor:

Die derzeit bestehende Altersgrenze von 55 Jahren für die Erstzulassung von Vertragsärzten wird aufgehoben in Planungsbereichen, für die der Landesausschuss eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat.

### **Vorschlag BVKJ:**

Die Altersgrenze sollte grundsätzlich gestrichen werden. Bereits jetzt findet jeder 4. aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheidende Kinder- und Jugendarzt keinen Nachfolger mehr.

4

Die Aufhebung der Altersgrenze von 55 Jahren für die Erstzulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit könnte möglicherweise zu einer Abmilderung dieser Problematik führen

Kreuztal, 09.10.2006

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident



## Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern  
Deutscher Ärztetag  
Hauptgeschäftsführer

Berlin, 10.10.2006

Fon  
030 / 40 04 56-400

Fax  
030 / 40 04 56-380

E-Mail  
Christoph.fuchs@baek.de

Diktatzeichen

Bundesärztekammer · Postfach 12 08 64 · 10598 Berlin

**Vorab per E-Mail** (marianne.steinert@bundestag.de)

Seite  
1 von 1

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Die Vorsitzende  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

### **Anhörung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG“ [BT-Drs. 16/2474])**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

die Bundesärztekammer bedankt sich für die Gelegenheit, im Rahmen der vorgesehenen Anhörung zu dem Gesetzentwurf sich äußern zu können.

In der Anlage sende ich Ihnen vorab eine Stellungnahme der Bundesärztekammer.

Für die Bundesärztekammer werden an der Anhörung teilnehmen:

- Herr Prof. Dr. Christoph Fuchs,  
Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer,  
E-Mail: Christoph.Fuchs@baek.de;
- Herr Rechtsanwalt Horst Dieter Schirmer,  
Justitiar der Gemeinsamen Rechtsabteilung der  
Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung,  
E-Mail: HSchirmer@kbv.de.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Schirmer

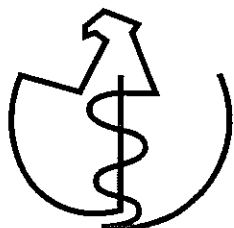
Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Postfach 12 08 64  
10598 Berlin

Fon 030 / 40 04 56-0  
Fax 030 / 40 04 56-388

info@baek.de  
www.baek.de

**Anlagen**



## Stellungnahme der Bundesärztekammer zum

### Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG)

[Bundestags-Drucksache 16/2474]

#### I.

Die Bundesärztekammer sieht von einer Einzelstellungnahme zu den Vorschriften, welche durch das vorgesehene Gesetz geändert werden sollen, ab. Sie sieht jedoch die Notwendigkeit zu einigen allgemeinen Bemerkungen im Zusammenhang mit den, insbesondere in den Vorschlägen zum SGB V und der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, vorgesehenen Änderungen. Entschieden abgelehnt wird die Entkoppelung von Arzt-Berufsrecht und Vertragsarztrecht (s. III.).

#### II.

1. Die Bundesärztekammer nimmt zur Kenntnis, dass der vorgesehene Gesetzentwurf auf die Veränderungen des ärztlichen Berufsrechts in Folge der Beschlüsse des Deutschen Ärztetages 2004 in Bremen Bezug nimmt. Diese Beschlüsse sind inzwischen weitestgehend – mit einigen Abweichungen – in das Satzungsrecht der Landesärztekammern umgesetzt. Es war stets eine politische Folgerung der Bundesärztekammer, dass auch im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Vertragsärzte von den Möglichkeiten, welche das Berufsrecht bietet, im Rahmen allerdings der durch Finanzierungsfragen geprägten Funktionalität der vertragsärztlichen Versorgung und der weiterhin bestehenden Bedarfsplanung mit Zulassungsbeschränkungen Gebrauch machen können sollen.

2. Vorab festzuhalten bleibt, dass solche Veränderungen in der Versorgungsstruktur, wie sie durch die bessere Beweglichkeit der vertragsärztlichen Versorgung bei verschiedenen Berufsausübungsformen ermöglicht werden – auch die Veränderungen für Medizinische Versorgungszentren –, ohne eine grundlegende Veränderung der Vergütungsstruktur für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen mit der Gefahr verbunden sind, dass unter der fortbestehenden Budgetierung eine freiberufliche Versorgungsstruktur im Wettbewerb mit Medizinischen Versorgungszentren und mit Krankenhäusern gefährdet bleibt. Es ist daher zu bedauern, dass der Gesetzentwurf eine weitere Verschiebung über das gebotene Maß hinaus bei der Einführung einer morbiditätsbezogenen und berechenbaren Vergütung zulässt.
3. Die Regelungen zur Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit sind mit dem beschriebenen Vorbehalt grundsätzlich – mit notwendigen Modifikationen - zu befürworten.
4. Der Bundesärztekammer erscheint es mit Blick auf den Fortbestand der Zulassungsbeschränkungen und der budgetierten Gesamtvergütung und der daraus folgenden Notwendigkeit einer gesteuerten Versorgungsstruktur notwendig zu prüfen, ob für die Regelungen im Bereich der Möglichkeit der Anstellung von Ärzten, der Tätigkeit an weiteren Orten sowie der Berufsausübung in überörtlichen Gemeinschaftspraxen und Teilgemeinschaftspraxen und ebensolchen Berufsausübungsformen, die über mehrere Bezirke Kassenärztlicher Vereinigungen hinweg organisiert werden können, bestimmte Einschränkungen vorzusehen sind, ohne den Grundsatz, den das neue Berufsrecht im Hinblick auf Flexibilisierung der ärztlichen Tätigkeit ermöglicht, in Frage zu stellen. Die Bundesärztekammer verweist insoweit auf Vorschläge, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung in den Beratungsprozess eingebracht hat.
5. In diesem Zusammenhang überprüfenswert ist auch die Regelung über die Bedarfsplanung und die Zulassungsbeschränkungen. Die Bundesärztekammer steht diesem Regelungsinstrument ohnehin schon immer kritisch gegenüber und fordert den Gesetzgeber auf, zielgenauere Lösungen zu finden. In diesem Zusammenhang teilt die Bundesärztekammer ihre – auch durch Beschlüsse des 109. Deutschen Ärztetages 2006 begründete – Auffassung mit, dass sie die Aufrechterhaltung der Zugangsgrenze von 55 Jahren zur Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit ebenso wie die Ausschlussgrenze von 68 Jahren nicht mehr für zeitgerecht hält. Dementsprechend sollten über die nunmehr nur für Unterversorgungssituationen vorgesehenen Auflockerungen hinaus beide Altersgrenzen abgeschafft werden.



### III.

Entschieden tritt die Bundesärztekammer dem Versuch des Gesetzgebers entgegen, das Vertragsarztrecht vom ärztlichen Berufsrecht abzukoppeln.

Bislang war es allgemeine Auffassung, dass – von Ausnahmefällen einer dringlichen Sicherstellungsnotwendigkeit abgesehen – berufsrechtliche Regelungen für die Berufsausübung des Vertragsarztes Vorrang vor vertragsarztrechtlichen Regelungen haben. Letztere konnten im Sinne einer Vertiefung von berufsrechtlichen Pflichten (z.B. engere Bindung an das Fachgebiet) angewendet werden, wenn dafür systemfunktionale Gründe bestanden haben. In allen nunmehr gesehenen Neuregelungen wird – wie aus der Begründung ersichtlich – die Möglichkeit der Anstellung von Ärzten, die Tätigkeit an weiteren Orten, die gemeinsame Berufsausübung und die „Wanderung“ von Vertragsärzten an Sitzen der überörtlichen Gemeinschaftspraxis sozialrechtlich, aber nicht unter Bezug auf das Berufsrecht definiert. Die bislang im SGB V und der Ärzte-ZV zu findenden Bezüge zu den „landesrechtlichen Vorschriften“, welche die Berufsausübung regeln, werden gestrichen.

Die Bundesärztekammer beobachtet mit Sorge die „Übergriffe“, die bereits der GMG-Gesetzgeber mit der Einführung von Fortbildungspflichten auf sozialrechtlicher Grundlage nicht nur für die Vertragsärzte vorgesehen hat, sondern über die Normsetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses auch für Krankenhausärzte. Auch hier zeichnete sich eine politische Mentalität der „Versozialrechtlichung“ ärztlicher Berufsausübung ab. Ähnliches ist zu beobachten bei bestimmten Kollisionen des ärztlichen Berufsrechts mit den institutionellen Versorgungsformen des Medizinischen Versorgungszentrums, wenn diese von juristischen Personen des Privatrechts als Heilbehandlungsgesellschaften betrieben werden. Auch der 109. Deutsche Ärztetag 2006 ist dieser Tendenz entgegengetreten.

Für den hier maßgeblichen Zusammenhang heißt es u.a. in der Begründung (BT-Drs. 16/2474, S. 18):

„Nicht zuletzt die gleichheitsrechtlich gebotene bundesweite Regelung der Teilnahme der Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung, der zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Bedarfsplanung und der Beschränkung von Zulassungen lässt sich mit unterschiedlichen landesrechtlichen Regelungen nicht erreichen. Divergierendes Landesrecht würde die Möglichkeit der Vertragsärzte aller Länder, im gesamten Bundesgebiet praktizieren zu können, erschweren. Divergierendes Landesrecht könnte auch die Mobilität der Versicherten innerhalb des Bundesgebiets einschränken und für

die Unternehmen Handlungsbeschränkungen verursachen, so dass der Bund auch zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit des Wirtschaftsraums der Bundesrepublik Deutschland bundeseinheitliches Recht setzen durfte.

Einzelne Teile dieses Regelungskonzepts können nur dann gemäß Art. 72 Abs. 2 GG ("so weit") aus diesem Konzept als zu regelungsintensiv herausgenommen werden, wenn das Gesamtkonzept und damit die Wirkung der gesetzlichen Regelung ohne sie nicht gefährdet wird.

Der vorliegende Gesetzentwurf entwickelt in der Folge der durch die neuen (Muster-) Berufsordnungen geschaffenen Spielräume für die Berufsausübung der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten das Vertragsarztrecht, wie es im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und in den Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte geregelt ist, mit gleicher Zielrichtung fort. Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Leistungserbringung durch medizinische Versorgungszentren und organisationsrechtliche Instrumente zur Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung und zur Abmilderung von regionalen Versorgungsproblemen vor.

Einzelne Teile hieraus, insbesondere das Recht der vertragsärztlichen Berufsausübung, zugunsten von einander abweichender Regelungen durch die Länder herauszubrechen, würde das gesetzliche Regelungskonzept und dessen Sachgerechtigkeit gefährden ..."

Dazu ist Folgendes zu bemerken:

Eine entsprechende Abänderungskompetenz des Sozialversicherungsgesetzgebers aus Art. 74 Nr. 12 GG besteht nicht. Das Vertragsarztrecht stützt sich auf eine Annex-Kompetenz aus Art. 74 Nr. 12 GG für die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern. Es würde die Rechtsfigur der sogenannten Annex-Kompetenz überfrachten, wenn sie vom Bundesgesetzgeber als eine Verdrängungskonkurrenz zu der ausschließlich in die Länderkompetenz fallenden Regelungsaufgabe treten würde, soweit sie die Berufsausübung der Ärzte betrifft. Es war nie streitig, dass unter dem Blickwinkel der Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Regelungen getroffen werden können, durch welche im Berufsrecht eröffnete Möglichkeiten auf der Grundlage entsprechender legitimierender Gründe für die vertragsärztliche Versorgung eingeschränkt werden können. Diesen Gesichtspunkt betont insbesondere die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, wenn beispielsweise eine engere Bindung an das Fachgebiet, als sie im Berufsrecht vorgesehen ist, in der vertragsärztlichen Versorgung geregelt wird oder eine Bindung bestimmter Leistungen nur an bestimmte Facharztgruppen. Der legitimierende Grund dafür ist die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung auch mit Blick auf ihre Finanzierbarkeit. Es war aber andererseits auch unstrittig, dass der Gesetzgeber den Vertragsarzt nicht aus sei-

ner berufsrechtlichen Pflichten- und Rechte-Lage entkoppeln kann, was in dieser Form auch nie geschehen ist, so dass das Bedürfnis nach einer Rechts- und Wirtschaftseinheit, wie in der Begründung des Gesetzentwurfs vorgetragen wird, bisher nicht bestand und im Blickwinkel auch der Rechtssituation der neuen Flexibilisierung nicht besteht. Schließlich würde es auch eine unsinnige Trennung der einheitlich zu sehenden Arzttätigkeit darstellen, wenn bestimmte Berufsausübungsformen von Berufsrechts wegen im privatärztlichen Bereich verboten, aber im vertragsärztlichen Bereich gestattet würden. Auch diese vertragsarztrechtliche „Bereitstellung“ denkbarer Berufsausübungsformen präjudiziert in verfassungswidriger Weise das Landesrecht und die Landesgesetzgeber (bzw. landesrechtlichen Normgeber).

Die Bayerische Landesärztekammer hat zu dieser Gesamtproblematik ein Rechtsgutachten von Universitätsprofessor Dr. Pestalozza eingeholt, dessen Zusammenfassung wir beifügen (**Anlage**).

In Nr. 3 seiner Stellungnahme hat der Bundesrat mit zutreffender Begründung vorgeschlagen, in § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V (Anstellung von angestellten Ärzten bei Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten) sowie in § 24 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV (Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit an weiteren Orten) sowie in § 33 Abs. 3 Satz 5 Ärzte-ZV (Überörtliche Gemeinschaftspraxen) jeweils den Vorrang des Berufsrechts durch eine entsprechende Einfügung des Vorbehalts landesrechtlicher Vorschriften über die Berufsausübung der Ärzte klarzustellen (vgl. BT-Drs. 16/2474, S. 38).

Die Bundesregierung lehnt in ihrer Gegenäußerung die vorgeschlagenen Änderungen ab (vgl. BT-Drs. 16/2474, S. 42). Dazu gibt sie folgende Begründung:

„Den im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen lässt sich mit hinreichender Deutlichkeit entnehmen, dass sie ausschließlich Aussagen zur vertragsärztlichen Zulässigkeit treffen und eventuelle berufsrechtliche Zulässigkeitshindernisse unberührt lassen.“

Diese Äußerung der Bundesregierung ist insofern bedeutsam, als daraus der Schluss zu ziehen ist, dass der allgemeine Berufsrechtsvorbehalt, der das bisherige Vertragsarztrecht charakterisiert, auch aus der Sicht der Bundesregierung besteht. Die Gegenäußerung ist jedoch insofern unbefriedigend, als die Streichung der bisherigen Vorbehaltsregelungen im SGB V und der Ärzte-ZV gerade den Verdacht hervorgerufen hat, dass die Bundesregierung eine eigenständige vertragsarztrechtliche Berufsausübungskonfiguration schaffen will – ohne Rücksicht auf die berufsrechtliche Lage –; es stellt sich daher die Frage, warum die Streichungen erforderlich sind, wenn sie ohnehin etwas klarstellen, was gegeben ist.

Die Bundesärztekammer schließt sich der Forderung des Bundesrates auf Herstellung eines klaren Berufsrechtsvorbehalts an.

#### IV.

In Nr. 11 seiner Stellungnahme zu Art. 7 des Entwurfs (Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung) wendet sich der Bundesrat gegen die beabsichtigte Aufhebung des Vergütungsabschlags „Ost“ ab 1. Januar 2007; er fordert eine Staffelung der Gebührenanpassung bis zum Jahre 2010 (BT-Drs. 16/2474, S. 41 r. Sp.).

Die Bundesregierung lehnt in ihrer Gegenäußerung diesen Vorschlag ab (a.a.O., S. 43). Sie gibt dazu folgende Begründung:

„Die vorgesehene Aufhebung des Vergütungsabschlages zum 01.01.2007 dient neben anderen Maßnahmen dazu, bereits ab dem Jahre 2007 mittelbar Hemmnisse bei der Niederlassung in den neuen Ländern zu beseitigen und somit die ärztliche und zahnärztliche Versorgung zu verbessern. Diese Ziel würde eine vollständige Aufhebung des Vergütungsabschlages erst im Jahre 2010 nicht gerecht.“

Die Bundesärztekammer begrüßt diese Haltung der Bundesregierung. Sie entspricht auch der gesondert geäußerten Kritik der Bundesärztekammer am Beschluss des Bundesrates. Die Gesetzgebungsorgane werden gebeten, zu entscheiden, dass im Gesetzgebungsverfahren der im Gesetzentwurf enthaltene – und schon längst überfällige – Vorschlag des Art. 7 beibehalten wird.

gez. Prof. Dr. C. Fuchs

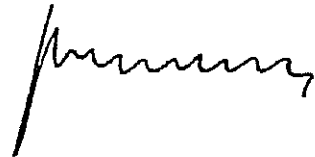
Im Auftrag

gez. RA H.D. Schirmer

### **E. Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse**

1. Der Entwurf eines Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (BR-Drs. 353/06) greift in das der ausschließlichen Zuständigkeit der Länder vorbehaltene Berufsrecht der Ärzte in mehreren Bereichen und auf mehrfache Weise ein.
  - a. Wesentlich betroffen wird das Landesberufsrecht insbesondere durch die Neuregelungen zur Beschäftigung angestellter Praxisärzte, zur vertragsärztlichen Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes und zur vertragsärztlichen Berufsausübung mit anderen Leistungserbringern (RN 4-14).
  - b. Die Inkorporierung der bisher allein im Landesberufsrecht geregelten und vom Bundesrecht in Bezug genommenen Themen in das neue Vertragsarztrecht des Bundes entzieht den allein zuständigen Ländern einen wesentlichen Teil ihrer originären Kompetenz. Dies gilt für solche Regelungen, die unverändert Eingang in das Bundesrecht finden sollen; sie werden der landesrechtlichen Disposition im Vertragsarztbereich entzogen. Es gilt aber auch und verstärkt für solche Vorschriften, die der Bund in veränderter Form inkorporieren will (RN 23-45).
2. Die Bundesregierung leitet die Zuständigkeit des Bundes für den Entwurf insgesamt – unter Einschluß der das Landesberufsrecht tangierenden Vorschriften – ohne nähere Begründung aus dem Kompetenztitel „Sozialversicherung“, Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG her und hält die vorgeschlagene Bundesregelung aus allen drei in Art. 72 Abs. 2 GG genannten Gründen für erforderlich (RN 15-22).
3. Die Einschlägigkeit des Kompetenztitels „Sozialversicherung“, Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG, ist jedenfalls für diejenigen Regelungen, die das Landesberufsrecht betreffen, überaus zweifelhaft. Sie kann sich auf keine gesicherten Erkenntnisse der maßgeblichen Judikatur stützen (RN 46-58). Andere Kompetenztitel, insbesondere Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG, stützen die Regelungen ebenso wenig (RN 59-61). Die Enge der Nr. 19 spricht im Gegenteil für eine strikte, d.h. im Ergebnis länderefreundliche, Deutung der sonstigen Kompetenztitel, auch der Nr. 12 (RN 62-64).
4. Weder die „Staatspraxis“ des Bundes (die auch schon früher das Landesberufsrecht tangiert hat) noch die Vorstellung eines unerläßlichen Sachzusammenhanges von Vertragsarztrecht und Landesberufsrecht vermögen die fehlende Zuständigkeit des Bundes für die hier interessierenden Regelungen zu begründen (RN 65-74).
5. Selbst wenn dem Bund ein Kompetenztitel zur Seite stünde, wäre die im Entwurf vorgeschlagene Regelung jedenfalls, was die landesberufsrechtlichen Themen anlangt, nicht im Sinne des Art. 72 Abs. 2 GG erforderlich (RN 75-114).
  - a. Sie dient weder der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse (RN 101-105) noch im gesamtstaatlichen Interesse der Wahrung der Rechtseinheit (RN 106, 107) oder der Wahrung der Wirtschaftseinheit (RN 108-111).

- b. Die landesberufsrechtlichen Themen stellen auch keinen im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts objektiv unerläßlichen Teil der Konzeption des Bundesgesetzgebers dar, so daß die vorgesehene Bundesregelung jedenfalls „insoweit“ nicht erforderlich ist (RN 112, 113).
  - c. Unabhängig von diesem objektiven Befund genügt die Gesetzesvorlage nicht den Anforderungen des Bundesverfassungsgerichts an die Nachvollziehbarkeit der zur „Erforderlichkeit“ angestellten Prognose und an die Darlegung der ihr zugrunde liegenden Tatsachen und Erwägungen im Gesetzgebungsverfahren (RN 114).
6. Selbst wenn dem Bund für die hier interessierenden Regelungen des Entwurfs eine Zuständigkeit zukäme, wären sie wegen Verstoßes gegen die Bundestreue verfassungswidrig. Sie verletzen das vom Bundesverfassungsgericht entwickelte Gebot der Rücksichtnahme des einen (unterstellt zuständigen) Gesetzgebers gegenüber dem (ebenfalls zuständigen) anderen. Dieses Gebot verpflichtet den Bund gegenüber den Ländern zu einem schonenden Umgang mit dem geltenden Landesrecht (RN 115-131). Es schützt auch die Kammern, wenn sie von der Ermächtigung ihrer Landesgesetzgeber durch den Erlaß von Berufsordnungen Gebrauch machen (RN 133). Dieses Gebot hat der Entwurf mit seinen Übergriffen in das Landesberufsrecht der Ärzte nicht hinreichend beachtet (RN 132, 133).



Berlin, den 10. Juni 2006

(Pestalozza)

# **Stellungnahme**

**zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur  
Änderung des Vertragsarztrechts und  
anderer Vorschriften (VÄndG)  
(BT-Drs. 16/2474)**

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Zusammenfassung</b> .....	<b>3</b>
Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen .....	3
Vermeidung von Versorgungslücken.....	4
<b>II. Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen</b> .....	<b>6</b>
1. Medizinische Versorgungszentren (§ 95 Abs. 1 SGB V; § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV) .....	6
Fachübergreifende Versorgung .....	6
Kooperative Leitung .....	7
Inkompatibilitätsgrundsatz.....	8
2. Berufsausübungsgemeinschaften (§ 33 Ärzte-ZV).....	8
3. Vertragspraxen als Arbeitgeber für angestellte Ärzte / Psychotherapeuten (§ 95 Abs. 9, § 101 Abs. 4 und 5 SGB V).....	9
Standespolitische Schranken durch Musterberufsordnung-Ärzte.....	9
Modifikation der Leistungsbegrenzung .....	10
<b>III. Praxisgebühr</b> .....	<b>12</b>
<b>IV. Beseitigung von Versorgungslücken</b> .....	<b>13</b>
1. Anstellung von Ärzten/Psychotherapeuten (§ 101 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V) .....	17
2. Teilzulassung (§ 95 Abs. 3 SGB V; § 19a Ärzte-ZV) .....	18
3. Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen (§ 100 Abs. 3 und § 101 Abs. 1 SGB V).....	21
4. Mindestversorgungsgrade (§ 101 Abs. 4 SGB V).....	22
<b>V. Übersicht: Änderungsvorschläge der BPTK zum VÄndG (BT-Drs. 16/2474)</b>	<b>25</b>
<b>VI. Literatur</b> .....	<b>32</b>



## I. Zusammenfassung

### Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen

Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt die mit dem Gesetzentwurf angestrebte Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen.

Die demografische Entwicklung und sich das auch deshalb wandelnde Krankheitspanorama stellen die Gesundheitsberufe vor neue Herausforderungen. Notwendig ist die Entwicklung neuer und vertiefter Kompetenzen, die z. T. auch eine Akademisierung der Ausbildung erfordern. Das breitere und anspruchsvollere Tätigkeitspektrum der Professionen erfordert die Entwicklung neuer Kooperationsstrukturen und eine veränderte Aufgabenteilung. Die Bundesregierung kann mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der ambulanten Anbieterstrukturen, seien es Medizinische Versorgungszentren, Berufsausübungsgemeinschaften oder Vertragspraxen, setzen. Richtschnur für organisatorische Vorgaben sollte dabei Qualitätssicherung und nicht standespolitisches Interesse sein.

Die mit dem Gesetzentwurf mögliche kooperative Leitung von **Medizinischen Versorgungszentren** fördert die Akzeptanz bei Psychotherapeuten und wird dem Wandel von Kompetenzen und Aufgaben gerechter als die jetzige Vorgabe einer ausschließlich ärztlichen Leitung. Erweiternd schlägt die Bundespsychotherapeutenkammer vor, dass die Leitung eines Medizinischen Versorgungszentrums durch jeden zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erfolgen kann. Der Gesetzentwurf sollte außerdem standespolitische Vorgaben für die **Anstellung von Ärzten/Psychotherapeuten** in Vertragspraxen nicht übernehmen, wenn sie unter Qualitätsgesichtspunkten verzichtbar sind.

Die BPTK schlägt vor, das Erfordernis der fachübergreifenden Struktur der **Medizinischen Versorgungszentren** etwas zu modifizieren, da unter Versorgungsgesichtspunkten auch die Zulassung von im Schwerpunkt psychotherapeutisch tätigen Versorgungszentren sinnvoll ist.

Wichtige Impulse setzen die Regelungen zu den **Berufsausübungsgemeinschaften**. Die Bundespsychotherapeutenkammer regt außerdem an, die Kooperation zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe zu erleichtern.

### **Vermeidung von Versorgungslücken**

Der Gesetzentwurf schlägt mehrere Instrumente vor, die Versorgungslücken vermeiden bzw. beheben sollen. Die Bundespsychotherapeutenkammer sieht die Möglichkeit, durch eine modifizierte **Definition der Leistungsbegrenzung** für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusätzliche unternehmerische Spielräume für die Anstellung von Ärzten/Psychotherapeuten bzw. beim Job-Sharing zu schaffen.

Bei der **Teilzulassung** schlägt die Bundespsychotherapeutenkammer vor, klarzustellen, dass beim Verzicht auf einen hälftigen Versorgungsauftrag dieser durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Nachbesetzung auszuschreiben ist und dass die Regelungen zur Nachfolgezulassung im Sinne des § 103 Abs. 4 SGB V Anwendung finden.

Die Bundespsychotherapeutenkammer hält die Vorschläge der Bundesregierung insgesamt für zielführend, wenn es um die **Deckung zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs** geht. Problematisch erscheint der Bundespsychotherapeutenkammer, dass alle im Gesetzentwurf vorgestellten Instrumente zur Behebung von Versorgungslücken zu Lasten der gedeckelten Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen gehen können.

Angesichts der **Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher** greifen aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer die Vorschläge im Gesetzentwurf allerdings nicht weit genug. Annähernd ein Fünftel der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ist unter 18 Jahren. Die Prävalenz psychischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen ist ungefähr so hoch wie bei Erwachsenen. Das heißt, mindestens 20 Prozent der Leistungserbringer, die berechtigt sind, sich an der psychotherapeutischen Versorgung zu beteiligen, müssten im Schwerpunkt Kinder und Jugendliche behandeln. Der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychothera-

peuten liegt jedoch, gemessen an allen psychotherapeutischen Leistungserbringern, nur bei 12,2 Prozent. Es gibt ein flächendeckendes strukturelles Unterversorgungsproblem. Die Bundespsychotherapeutenkammer unterbreitet in ihrer Stellungnahme Vorschläge, um diese Versorgungslücken zu schließen.

## II. Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen

### 1. Medizinische Versorgungszentren

(§ 95 Abs. 1 SGB V; § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV)

#### Fachübergreifende Versorgung

In § 95 Abs. 1 SGB V soll durch den Gesetzentwurf definiert werden, dass ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) dann fachübergreifend ist, wenn in ihm Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind. Erläuternd wird hinzugefügt, dass Medizinische Versorgungszentren nicht fachübergreifend sind, wenn die in ihnen tätigen Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 SGB V angehören.

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind zwei Berufe, die gemeinsam mit den ausschließlich psychotherapeutischen Ärzten eine Arztgruppe bilden. Anders als z. B. die Arztgruppe der Hausärzte decken Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht denselben Versorgungsbereich ab. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten behandeln ausschließlich Kinder und Jugendliche; die zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten dürfen zunächst grundsätzlich nur Erwachsene psychotherapeutisch behandeln, haben allerdings die Möglichkeit, über eine ergänzende Abrechnungsgenehmigung auch Kinder- und Jugendliche psychotherapeutisch zu versorgen.

Dem gesetzgeberischen Ziel, den Versicherten durch MVZ eine Versorgung aus einer Hand anzubieten, würde entsprochen, wenn abweichend vom Gesetzentwurf geregelt würde, dass ein MVZ auch dann fachübergreifend ist, wenn in ihm Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemeinsam tätig sind.

Die BPTK schlägt daher vor, in § 95 Abs. 1 SGB V im durch den Gesetzentwurf neu einzufügenden Satz 3 den Satzteil

„und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören“ zu streichen.

Stattdessen sollte im Satz 4 hinter „hausärztlicher Internist“ eingefügt werden:

*„oder ein Psychologischer/ärztlicher Psychotherapeut und ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“.*

Die Regelung in Abs. 1 Satz 2 lautet dann:

*„Eine Einrichtung nach Abs. 1 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist oder ein Psychologischer/ärztlicher Psychotherapeut und ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend...“*

### **Kooperative Leitung**

Der Gesetzentwurf schlägt vor, dass ein Medizinisches Versorgungszentrum, in dem verschiedene, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Berufe arbeiten, auch kooperativ geleitet werden kann. Die BPtK begrüßt dies. Sie regt außerdem an, deutlich zu machen, dass alternativ zur kooperativen Leitung jeder Vertreter der im Medizinischen Versorgungszentrum tätigen approbierten Heilberufe die Leitung übernehmen kann. In § 95 Abs. 1 SGB V wird dann nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

*„Sind in einem Medizinischen Versorgungszentrum Angehörige verschiedener, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Heilberufe tätig, kann die Leitung durch jeden im Medizinischen Versorgungszentrum tätigen, approbierten Heilberufsangehörigen erfolgen. Eine kooperative Leitung ist möglich.“*

### **Inkompatibilitätsgrundsatz**

Der Gesetzentwurf schlägt eine Änderung der Zulassungsordnung für Vertragsärzte in § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV vor. Künftig soll die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V oder eine Vorsorge oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 SGB V mit der Tätigkeit eines Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten vereinbar sein. Die Änderung zielt auf eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung.

Ein Integrationsbedarf unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten besteht jedoch mit Blick auf psychisch kranke Menschen, insbesondere Kinder und Jugendliche, über das Gesundheitssystem hinaus, z. B. an der Schnittstelle zur Jugendhilfe. Die BPTK fordert daher, dass die Ermöglichung einer Nebentätigkeit für die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ergänzt wird durch die Nennung von Beratungsstellen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz sowie Maßregel- und Strafvollzugsanstalten. Der Gesetzentwurf zur Führungsaufsicht (BT-Drs. 16/1993) zielt z. B. auf eine intensivierete ambulante psychotherapeutische Nachsorge für bestimmte Gruppen von Straftätern. Über die dafür notwendigen Erfahrungen verfügen insbesondere die im Straf- und Maßregelvollzug tätigen Psychotherapeuten.

## **2. Berufsausübungsgemeinschaften (§ 33 Ärzte-ZV)**

Der Gesetzentwurf stellt mit einer Anpassung des § 33 der Zulassungsverordnung Ärzte klar, dass Berufsausübungsgemeinschaften unter allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern zulässig sind. Diese interdisziplinäre Definition der Berufsausübungsgemeinschaft kann nach Auffassung der Bundespsychotherapeutenkammer die Versorgung im ambulanten Bereich erheblich verbessern.

Angesichts der Zunahme von Komorbiditäten und der Fortschritte der Psychotherapie bei der Behandlung von Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen sind beispielsweise Kooperationen zwischen Psychotherapeuten und Orthopäden oder Psychotherapeuten und Gynäkologen eine sinnvolle Weiterentwicklung des

Versorgungsangebots. Insbesondere erhält die engere Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendärzten durch die neuen Möglichkeiten im Kontext der Berufsausübungsgemeinschaften eine wichtige Perspektive.

Hilfreich dürfte auch die Regelung sein, dass Berufsausübungsgemeinschaften überörtlich und bezogen auf Teilleistungen ermöglicht werden. Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt ausdrücklich die im Gesetzentwurf zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz gefundenen Regelungen zu den Berufsausübungsgemeinschaften.

### **3. Vertragspraxen als Arbeitgeber für angestellte Ärzte / Psychotherapeuten (§ 95 Abs. 9, § 101 Abs. 4 und 5 SGB V)**

Der Gesetzentwurf sieht mit § 95 Abs. 9 SGB V vor, dass künftig Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten nach Zustimmung des Zulassungsausschusses Ärzte bzw. Psychotherapeuten ohne numerische Begrenzung bei Aufhebung der Fachgebietsidentität (in Gebieten ohne Zulassungsbeschränkung) anstellen können. Gelten Zulassungsbeschränkungen, müssen Leistungsbegrenzungen beachtet werden, die sich nach derzeitigem Stand am bisherigen Praxisumfang orientieren. Des Weiteren sieht der Gesetzentwurf vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung beschließen kann, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen Leistungsbedarfs erforderlich ist (§ 101 Abs. 1 SGB V).

#### **Standespolitische Schranken durch Musterberufsordnung-Ärzte**

Mit der Regelung zur Anstellung von Ärzten/Psychotherapeuten werden Vertragsärzten zusätzliche unternehmerische Spielräume eingeräumt. Die Unternehmensform Vertragsarztpraxis kann sich so auch in Konkurrenz zu Medizinischen Versorgungszentren zukunftsfähig weiterentwickeln. Dieses Ziel lässt sich für Psychotherapeuten aufgrund einer Regelung der Musterberufsordnung für Ärzte nur bedingt realisieren. Vertragspsychotherapeuten müssten sich, um Ärzte anstellen zu können, weiterhin des Rechtsmantels einer juristischen Person bedienen, also ein Medizinisches Versorgungszentrum gründen. Der Grund ist die Musterberufsordnung-Ärzte, die im § 19 Abs. 1 festhält, dass die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbei-

ter in der Praxis die Leitung der Praxis durch eine niedergelassene Ärztin oder niedergelassenen Arzt voraussetzt. Auch für Vertragspsychotherapeuten gilt nach § 3 Musterberufsordnung-Psychotherapeuten, dass sie fachliche Weisungen nur von Personen entgegennehmen dürfen, die über eine entsprechende fachliche Qualifikation verfügen. Psychotherapeuten verbinden allerdings – anders als Ärzte – diesen Qualitätssicherungsaspekt nicht mit organisatorischen Vorgaben. Psychotherapeuten dürfen sich nicht nur von Psychotherapeuten, sondern auch von Ärzten anstellen lassen, wenn die unter Qualitätsaspekten notwendige Vorgabe der fachlichen Weisung durch entsprechend qualifizierte Personen gewährleistet ist. Handlungsleitend für diese Regelung war die Sicherung der Qualität der Versorgung und nicht eine standespolitisch motivierte Eingrenzung der Weiterentwicklung der ambulanten Anbieterstrukturen.

Folgte der Gesetzgeber den Regelungen der Musterberufsordnung-Ärzte, würden sich z. B. die unternehmerischen Möglichkeiten von Psychologischen Psychotherapeuten und ärztlichen Psychotherapeuten unterschiedlich gestalten. Während ein ärztlicher Psychotherapeut einen Psychologischen Psychotherapeuten anstellen kann, wäre dies umgekehrt nicht möglich. Mit dieser Regelung würde nicht nur der unternehmerische Handlungsspielraum des Psychologischen Psychotherapeuten eingeschränkt, auch die Entscheidungsfreiheit des ärztlichen Psychotherapeuten wird eingeengt. Denn er könnte sich, wenn er sich nicht in eigener Praxis niederlassen will, nicht von einem Psychologischen Psychotherapeuten anstellen lassen. Die Bundespsychotherapeutenkammer bittet den Gesetzgeber, nach Wegen zu suchen, bei der Anstellung von Ärzten bzw. Psychotherapeuten gleiche Möglichkeiten für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zu schaffen. Geeignet hierzu wäre beispielsweise die ausdrückliche Klarstellung, dass Ärzte und Psychotherapeuten sowohl Ärzte als auch Psychotherapeuten anstellen dürfen. Eine vergleichbare Klarstellung findet sich für die Berufsausübungsgemeinschaften.

### **Modifikation der Leistungsbegrenzung**

In der derzeitigen Umsetzung des § 101 Abs. 1 Nr. 4 und Nr. 5 SGB V wird davon ausgegangen, dass sich die Leistungsbegrenzung am Umsatzdurchschnitt der letzten Quartale der einzelnen Praxen orientiert. Der Umsatzdurchschnitt vieler psycho-



therapeutischer Praxen ist jedoch gering, so dass sich weder die Anstellungs- noch die Job-Sharing-Regelung nutzen lässt. Nutzbar werden diese Regelungen für Vertragspsychotherapeuten erst, wenn Punktzahl bzw. Zeitvolumen einer hauptberuflichen Tätigkeit am Vertragsarztsitz zugrunde gelegt wird. Die BPTK bittet daher, im Gesetz klarzustellen, dass sich die Leistungsbegrenzung an dem künftig mit Blick auf die Teilzulassungen zu präzisierenden zeitlichen Umfang der Versorgungsaufträge (§ 98 Abs. 2 Nr. 10 SGB V - Gesetzentwurf zum VÄndG) orientieren sollte.

Der Gesetzentwurf sieht derzeit vor, dass nur bei der Anstellung von Ärzten eine Ausnahme von der Leistungsbegrenzung gemacht werden kann, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt vor, dass eine analoge Regelung für das Job-Sharing (§ 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) getroffen wird.

### III. Praxisgebühr

Der Gesetzentwurf schlägt mehrere Klarstellungen zur Praxisgebühr vor. Die BPTK bittet, eine weitere redaktionelle Anpassung in § 28 Abs. 4 Satz 1 SGB V einzufügen. Die bisherige Formulierung hat dazu geführt, dass das Bundesschiedsamt bei der Umsetzung des GMG davon ausging, dass die Zahlung der Praxisgebühr bei der Inanspruchnahme eines Vertragsarztes und additiv bei der Inanspruchnahme eines Vertragspsychotherapeuten notwendig wird. Die Vertragspartner der Bundesmantelverträge sind damals dieser Rechtsauffassung nicht gefolgt und haben vereinbart, dass eine zweimalige Zahlung der Praxisgebühr bei der Inanspruchnahme von Ärzten und Psychotherapeuten nicht erforderlich sei. Eine Klarstellung des SGB V an dieser Stelle und in diese Richtung ist aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer sinnvoll.

## IV. Beseitigung von Versorgungslücken

Annähernd ein Fünftel der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ist unter 18 Jahren. Die Prävalenz psychischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen ist ungefähr so hoch wie bei Erwachsenen. Der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, gemessen an allen psychotherapeutischen Leistungserbringern, erreicht jedoch nur einen Anteil von 12,2 Prozent.

**Tabelle 1: Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an allen psychotherapeutischen Leistungserbringern<sup>1</sup>**

Kassenärztliche Vereinigung	Anzahl PT* Gesamt	Anzahl KJP*	Anteile KJP an allen PT in %
Baden-Württemberg	2.703,8	520	19,2
Niedersachsen	1.534,9	276	18,0
Rheinland-Pfalz	723,8	107	14,8
Bayerns	3.153,9	393	12,5
Brandenburg	176,9	22	12,4
Sachsen	426,9	53	12,4
Westfalen-Lippe	1.522,5	188	12,4
Hessen	2.029,0	249	12,3
Bremen	391,0	44	11,3
Schleswig-Holstein	539,4	56	10,4
Saarland	227,9	20	8,8
Berlin	1.951,4	170	8,7
Nordrhein	2.575,3	199	7,7
Mecklenburg-Vorpommern	141,6	10	7,1
Hamburg	881,0	61	6,9
Thüringen	218,9	15	6,9
Sachsen-Anhalt	299,8	2	0,7
<b>Bund</b>	<b>19.498</b>	<b>2.385</b>	<b>12,2</b>

\*PT: Psychotherapeuten  
\*KJP: Kinder- und Jugendlichentherapeuten

Quelle: KBV 2006

<sup>1</sup> Neben Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind weitere Berufsgruppen berechtigt, sich an der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu beteiligen. Dies sind z. B.: Kinderärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und/oder Psychoanalyse, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und/oder Psychoanalyse sowie Psychotherapeuten mit der Zusatzqualifikation zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Weder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung noch den Spitzenverbänden der Krankenkassen liegen Zahlen dazu vor, in welchem Umfang diese Berufsgruppen sich an der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher beteiligen.

Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahre 2000 zeigt, dass nur rund 71 Prozent der Kinder und Jugendlichen, die eine Psychotherapie suchten bzw. für die eine Psychotherapie gesucht wurde, ein Therapieangebot fanden. In ländlichen Gebieten ist das Versorgungsangebot neunmal geringer als in Kernstädten. Laut KV-Statistik kommt in „Kernstädten in großen Verdichtungsräumen“ ein Psychotherapeut auf 2.577 Einwohner, in „ländlichen Kreisen/in ländlichen Regionen“ ein Psychotherapeut auf 23.106 Einwohner (Tabelle 2: „Einwohner/Arztrelation für die definierten Raumgliederungen“). Es gibt keine Hinweise darauf, dass die Prävalenz psychischer Krankheiten oder die Bereitschaft, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, in ländlichen Regionen neunmal niedriger ist als in Städten.

**Tabelle 2: Einwohner/Arztrelation für die definierten Raumgliederungen**

Kreistyp entsprechend der definierten Raumgliederung	Einwohner/ Psychotherapeuten-Relation	Einwohner/ Nervenarzt-Relation
<b>Große Verdichtungsräume</b>		
1. Kernstädte	2577	12864
2. Hochverdichtete Kreise	8129	30212
3. Normalverdichtete Kreise	10139	34947
4. Ländliche Kreise	15692	40767
<b>Verdichtungsansätze</b>		
5. Kernstädte	3203	11909
6. Normalverdichtete Kreise	8389	28883
7. Ländliche Kreise	16615	47439
<b>Ländliche Regionen</b>		
8. Verdichtete Kreise	10338	30339
9. Ländliche Kreise	23106	46384
<b>10. Sonderregion Ruhrgebiet</b>	8743	31373

Zwischen den Bundesländern schwankt die Versorgungsdichte erheblich: Während in Baden-Württemberg nur 26,4 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf

100.000 Einwohner unter 18 Jahren kommen, sind es in Bremen 40 (Tabelle 3: „Länderspezifische Differenzen in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“). In den östlichen Bundesländern ist die Unterversorgung besonders deutlich, weil dort die meisten KV-Planungsbezirke zu den weniger verdichteten Kreistypen gehören. Dadurch haben Sachsen-Anhalt mit 0,5, Mecklenburg-Vorpommern mit 3,1 und Brandenburg mit 4,4 drastisch ungünstigere Relationen zwischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Einwohnern.

**Tabelle 3: Länderspezifische Differenzen in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

Bundesland	Verhältniszahlen KJP auf 100.000 Kinder und Jugendliche
Baden-Württemberg	26,4
Bayern	16,5
Berlin	31,6
Brandenburg	4,4
Bremen	40,0
Hamburg	29,9
Hessen	22,1
Mecklenburg-Vorpommern	3,1
Niedersachsen	18,5
Nordrhein-Westfalen	11,7
Rheinland-Pfalz	14,9
Saarland	9,1
Sachsen	7,5
Sachsen-Anhalt	0,5
Schleswig-Holstein	10,1
Thüringen	2,9

Das Gesundheitsministerium hat zur Lösung der Probleme mehrfach auf bereits eingeführte Instrumente, wie z. B. die Sonderbedarfszulassung, verwiesen. Außerdem finden sich im Gesetzentwurf zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz Instrumente,

um bei lokalen Versorgungsdefiziten mittelfristig Abhilfe zu schaffen. Die Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ist jedoch ein akutes und strukturell bedingtes Versorgungsdefizit, das durch diese auf lokale Probleme zugeschnittenen Instrumente nicht gelöst werden kann. Auch die bereits eingeführten Instrumente, wie z. B. die Sonderbedarfszulassung, haben offensichtlich keine ausreichende Wirkung entfaltet. Aus diesen Gründen unterbreitet die Bundespsychotherapeutenkammer im Folgenden auch über die Vorschläge des Gesetzentwurfes hinausgehende Lösungsvorschläge.

## 1. Anstellung von Ärzten/Psychotherapeuten (§ 101 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V)

Im Gesetzentwurf zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss durch eine Änderung des § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V aufgetragen, für die Anstellung von Ärzten/Psychotherapeuten Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung vorzusehen, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. Dies könnte ein Ansatzpunkt sein insbesondere in Planungsbereichen, in denen eine Zulassungsbeschränkung angeordnet ist, spezifische lokale Versorgungsengpässe zu überwinden. Dabei ist für Psychotherapeuten von entscheidender Bedeutung, dass die Leistungsbegrenzung für ihre Praxen nicht auf den bisherigen Praxisumfang abgestellt wird. Ähnliches gilt für die Job-Sharing-Regelung im § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, auf die der vorliegende Gesetzentwurf nicht eingeht. Wir verweisen auf unsere unter II. 3. gemachten Ausführungen und schlagen in § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V die Ergänzung eines Halbsatzes vor:

*„und Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.“*

Eine Ausweitung der Anstellung bzw. Kooperation hätte zur Folge, dass in jeder KV festgestellt werden müsste, inwieweit das Behandlungskontingent der einzelnen Vertragspraxen ausgedehnt wird. In jeder einzelnen KV müsste es dann zu Verhandlungen mit den Krankenkassen kommen, damit Mengenausweitungen entsprechend vergütet werden. Gelingt dies nur teilweise, ist davon auszugehen, dass die Leistungsausweitung im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung das Gesamtbudget für die fachärztliche Versorgung zusätzlich belastet.

## 2. Teilzulassung (§ 95 Abs. 3 SGB V; § 19a Ärzte-ZV)

Die Logik der Bedarfsplanung fußt bisher darauf, dass mit einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung eine hauptberufliche Tätigkeit am Vertragsarztsitz aufgenommen wird. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gehen in der Regel mit einem Anrechnungsfaktor in Höhe von 1,0 in die Bedarfsplanung ein. Dieser Anrechnungsfaktor wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss für die Anstellung in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gesplittet, da in Medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte oder Psychotherapeuten in unterschiedlichem zeitlichen Umfang einer Beschäftigung nachgehen.

Der Versuch, diese Systematik auf die Realität der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb der MVZ zu übertragen, liegt nahe. Im Gesetzentwurf zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wird vorgeschlagen, durch eine Veränderung des § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V und eine Anpassung des § 19a Ärzte-Zulassungsverordnung eine Teilzulassung zu ermöglichen. Künftig kann sich ein Vertragsarzt bzw. ein Vertragspsychotherapeut entscheiden, ob er für die Versorgung in vollem oder hälftigem Umfang zur Verfügung stehen will.

In überversorgten Planungsbereichen wird die Reduktion des Versorgungsauftrages auf die Hälfte faktisch nicht mehr rückgängig zu machen sein. In nicht gesperrten Planungsbereichen sollte es aber keine Ermessensentscheidung des Zulassungsausschusses sein, ob der Ausdehnung auf einen ganzen Versorgungsauftrag stattzugeben ist. Die BPTK schlägt daher vor, dass im § 19a Abs. 3 Ärzte-Zulassungsverordnung – abweichend von der jetzigen Kann-Bestimmung – folgende Formulierung gewählt wird:

*„Abs. 3: Auf Antrag des Arztes **ist eine Beschränkung des Versorgungsauftrages nach Abs. 2 Satz 2 durch Beschluss aufzuheben, sofern bei Antragsstellung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.** Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. Es gelten die Vorschriften dieses Abschnittes mit Ausnahme des § 25.“*



Inwieweit ein nach der Arbeitszeit gesplitteter Anrechnungsfaktor in den Bedarfsplanungsrichtlinien dazu führt, dass tatsächlich zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten entstehen, hängt davon ab, in welchem Umfang bereits bestehende Zulassungen geteilt werden. Gibt ein Vertragspsychotherapeut seine volle Zulassung zurück und beschränkt sich auf einen halben Praxissitz, so wird dieser Schritt in gesperrten Planungsbereichen voraussichtlich irreversibel sein. Wenn eine zeitliche Flexibilität jedoch gewünscht ist, z. B. im Anschluss an Erziehungszeiten oder auch aktuell unvorhergesehen notwendig wird (z. B. nach Scheidung oder Tod des Partners), würde man sich dieser zeitlichen Flexibilität durch die Rückgabe der Hälfte des Versorgungsauftrages berauben. Außerdem schmälert der Vertragspsychotherapeut den Verkaufswert seiner Praxis. Es ist deshalb entscheidend, dass eine Nachfolgezulassung im Sinne des § 103 Abs. 4 SGB V bei Verzicht auf den hälftigen Versorgungsauftrag möglich ist. Hierzu schlägt die Bundespsychotherapeutenkammer folgende Änderung des § 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V vor:

*„Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Erreichen der Altersgrenze, Tod, Verzicht oder Entziehung **ganz oder teilweise** endet und die Praxis **oder der hälftige Versorgungsauftrag** von einem Nachfolger fortgeführt werden soll, hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben diesen Vertragsarztsitz **oder den hälftigen Versorgungsauftrag** in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen.“*

Würde in erheblichem Umfang der volle Versorgungsauftrag von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in einen hälftigen umgewandelt, käme es zu zusätzlichen Niederlassungen, in deren Folge mit einer Ausdehnung der Leistungsmenge der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu rechnen ist. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat auf der Basis ihrer Honorarstatistik die durchschnittliche Behandlungszeit von zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten pro Woche analysiert. Sie kommt dabei auf eine durchschnittliche Behandlungszeit von 16,42 Stunden. (Nicht berücksichtigt wurden dabei die patientenbezogenen,

leistungsergänzenden Tätigkeiten jenseits der unmittelbaren Patientenkontaktzeit, die z. B. für Dokumentation, Vorbereitung der Sitzungen, Antragstellung von Psychotherapien, Kooperation mit Patienten und mit anderen Berufsgruppen anfallen. Dazu kommen Zeiten für die eigene Supervision und Fortbildung.) Andere KVen berichten von ähnlichen Ergebnissen.

Bei konsequenter Nutzung der Teilzulassung könnte es also in einer längerfristigen Entwicklung im psychotherapeutischen Bereich zu der gewünschten und notwendigen Mengenausweitung kommen. Diese gingen in dem Umfang zu Lasten des fachärztlichen Budgets, in dem die KVen keine spezifischen vertraglichen Vereinbarungen für den Bereich der Psychotherapie mit den Krankenkassen getroffen haben bzw. treffen können. Insoweit besteht die Gefahr, dass dieses Morbiditätsproblem zu Lasten der Vertragspsychotherapeuten und Fachärzte gelöst wird. Daher ist nicht damit zu rechnen, dass KVen nachhaltig für die Wandlung von Vollzulassungen in Teilzulassungen werben werden. Außerdem sind die KVen zu verpflichten, zurückgegebene hälftige Versorgungsaufträge unverzüglich auszuschreiben und nach zu besetzen. Die gravierende Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher lässt sich mit diesem Instrument also nicht akut, sondern bestenfalls nur längerfristig lösen.

### **3. Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen (§ 100 Abs. 3 und § 101 Abs. 1 SGB V)**

Der Gesetzentwurf schlägt vor, dass künftig der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 101 Abs. 1 Nr. 3a SGB V die allgemeinen Voraussetzungen festlegt, nach denen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können (§ 100 Abs. 3 SGB V). Für diese Planungsbereiche gelten dann die Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung, also die erweiterten Möglichkeiten für die Anstellung von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten und die Möglichkeit, zwischen KVen und Krankenkassen Sicherstellungszuschläge für Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten zu vereinbaren.

Diese Instrumente können Versorgungsengpässen bei lokalem Versorgungsbedarf begegnen, z. B. in Ballungsgebieten, wenn Stadtviertel mit sozialen Brennpunkten unterversorgt sind. Auch hier gilt aber, dass das Instrument zu verwaltungsaufwändig ist, um das strukturelle Problem der Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher kurzfristig lösen zu können.

#### 4. Mindestversorgungsgrade (§ 101 Abs. 4 SGB V)

Der geringe Anteil von Leistungserbringern, die psychisch kranke Kinder und Jugendliche behandeln können und wollen, an den insgesamt zur psychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern ist mitverantwortlich für die gravierende Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland. Ein wirksames und bekanntes Gegenmittel könnte die Sicherung eines Mindestversorgungsanteils für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (§ 101 Abs. 4 SGB V) sein.

In § 101 Abs. 4 SGB V ist bereits heute geregelt, dass bis Ende 2008 in den Planungsbereichen mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 40 vom 100 der allgemeinen Verhältniszahl den ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist.

Zur Erklärung für diese Regelung heißt es in BT-Drs.13/9212, S.42:

*„Würde man - zumindest für die Einführungsphase - keine Quotierung vorsehen, so bestände die Gefahr, dass aufgrund der - zufälligen - Überzahl einer Berufsgruppe andere psychotherapeutische Leistungserbringer keine Chance der Zulassung hätten, was eventuell eine „Verarmung“ der psychotherapeutischen Therapieinhalte zur Folge hätte. Da diese Auswirkungen nicht mit Sicherheit abgeschätzt werden können, ist es gerechtfertigt, wenn der Gesetzgeber in der Einführungsphase der gemeinsamen Bedarfsplanung, die grundsätzlich von der Vorstellung eines einheitlichen psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs der Versicherten ausgeht, den unterschiedlichen Berufsgruppen Versorgungsanteile vorbehält.“*

Die Bundespsychotherapeutenkammer regt die Einfügung eines Satzes 6 (neu) in § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V an,

*„In den Richtlinien nach Abs. 1 ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 vom Hundert der all-*

*gemeinen Verhältniszahl den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie den ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelnden Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten vorbehalten ist.“*

Die Einführung einer Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hätte – wie die Tabelle zeigt – Konsequenzen für die Zulassung in allen Planungsbereichen.

**Tabelle 4:**  
**Szenario: 20 % Mindestanteil für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

Kassenärztliche Vereinigung	Anzahl der zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten
Schleswig-Holstein	27
Hamburg	74
Niedersachsen	36
Bremen	7
Nordrhein	220
Westfalen-Lippe	62
Hessen	20
Rheinland-Pfalz	21
Baden-Württemberg	29
Bayerns	96
Saarland	26
Berlin	94
Brandenburg	25
Mecklenburg-Vorpommern	20
Sachsen	6
Sachsen-Anhalt	12
Thüringen	30
<b>Bund</b>	<b>805</b>

Quelle: KBV 2006

Damit es in diesem Umfang auch zusätzliche Behandlungskapazitäten für psychisch kranke Kinder und Jugendliche geben kann, sollte die Mindestquote, wie in der vorgeschlagenen Gesetzesänderung formuliert, auf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, aber auch auf Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten, die ausschließlich psychisch kranke Kinder und Jugendliche behandeln, Anwendung finden.

Da sich aufgrund einer gesetzlichen Vorgabe eine für die einzelne KV kalkulierbare Ausweitung des Angebots ergibt, ist eine Bundesempfehlung zur entsprechenden Anpassung der Gesamtvergütung möglich. Eine Bundesempfehlung kann vermeiden, dass es auf der KV-Ebene zu einer Vielzahl von Verhandlungen kommt, die KV-spezifisch unterschiedlich ausgehen könnte und je nach Ausgangssituation das Verhältnis im Bereich der fachärztlichen Versorgung zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten weiter belasten würde.

# V. Übersicht:

## Änderungsvorschläge der BPTK zum VÄndG (BT-Drs. 16/2474)

---

<p><b>1. § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr)</b></p>	<p><b>1. § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr)</b></p> <p>„Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen <b>oder</b> zahnärztlichen <b>oder-psychotherapeutischen</b> Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an den Leistungserbringer. Satz 1 gilt nicht für Inanspruchnahme nach § 23 Abs. 9, § 25, zahnärztliche Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 sowie Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge nach § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung und § 23 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte. Soweit Versicherte Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 gewählt haben, gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass die Zuzahlung gemäß § 13 Abs. 2 Satz 9 von der Krankenkasse in Abzug zu bringen ist.“</p> <p><b>Begründung:</b> Klarstellung, dass eine zweimalige Zahlung der Praxisgebühr bei der Inanspruchnahme von Ärzten und Psychotherapeuten nicht erforderlich ist.</p>
<p><b>2. § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V</b> <b>(fachübergreifende Medizinische Versorgungszentren)</b></p> <p>"Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend.“</p>	<p><b>2. § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V</b> <b>(fachübergreifende Medizinische Versorgungszentren)</b></p> <p>"Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören <b>und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören.</b> Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist <b>oder ein ärztlicher/Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut</b> tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend.</p> <p><b>Begründung:</b> Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind zwei Berufe, die zwar gemeinsam mit den ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten eine Arztgruppe bilden, jedoch</p>



	<p>nicht denselben Versorgungsbereich abdecken. Auf die psychotherapeutische Versorgung unterschiedlicher Altersgruppen fokussierte Medizinische Versorgungszentren sind eine sinnvolle Ergänzung des Versorgungsspektrums und erfüllen das Erfordernis fachübergreifend zu arbeiten.</p>
<p><b>3. § 95 Abs. 1 Satz 4 SGB V (Kooperative Leitung)</b></p> <p>„Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich.“</p>	<p><b>3. § 95 Abs. 1 Satz 4 SGB V (Kooperative Leitung)</b></p> <p><b>Sind in einem Medizinischen Versorgungszentrum Angehörige verschiedener, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Heilberufe tätig, kann die Leitung durch jeden im Medizinischen Versorgungszentrum tätigen, approbierten Heilberufsangehörigen erfolgen. Eine kooperative Leitung ist möglich.</b></p> <p><b>Begründung:</b> Alternativ zur kooperativen Leitung sollte jeder im Medizinischen Versorgungszentrum tätige, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer die Leitung übernehmen können.</p>
<p><b>4. § 95 Abs. 9 SGB V</b></p> <p><b>(Vertragsarztpraxen als Arbeitgeber für Ärzte/Psychotherapeuten)</b></p> <p>"(9) Der Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sein müssen. Das Nähere zu der Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten bestimmen die Zulassungsverordnungen. Absatz 7 Satz 7 gilt entsprechend. "</p>	<p><b>4. § 95 Abs. 9 SGB V</b></p> <p><b>(Vertragsarztpraxen als Arbeitgeber für Ärzte/Psychotherapeuten)</b></p> <p>"(9) Der Vertragsarzt/<b>Vertragspsychotherapeut</b> kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses <b>Ärzte/Psychotherapeuten</b>, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende <b>Arzt/Psychotherapeut</b> angehört, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sein müssen. Das Nähere zu der Anstellung von <b>Ärzten/Psychotherapeuten</b> bei Vertragsärzten/<b>Vertragspsychotherapeuten</b> bestimmen die Zulassungsverordnungen. Absatz 7 Satz 7 gilt entsprechend. "</p> <p><b>Begründung:</b> Im Interesse einer qualitätsgesicherten Versorgung dürfen Ärzte/Psychotherapeuten bereits berufsrechtlich fachliche Weisungen nur von Personen entgegennehmen, die über eine entsprechende fachliche Qualifikation verfügen. Entsprechende Regelungen sind in allen Berufsordnungen der Heilberufe getroffen. Die Musterberufsordnung-Ärzte geht allerdings hierüber hinaus. Sie hält im § 19 Abs. 1 fest, dass die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter in der Praxis die Leitung der Praxis durch eine</p>

	<p>niedergelassene Ärztin oder einen niedergelassenen Arzt voraussetzt. Diese Vorgabe ist ausschließlich standespolitisch motiviert. Für eine gesicherte Qualität muss nicht die Leitung, sondern die fachliche Weisungsbefugnis vorgegeben werden. Für den Gesetzgeber sollten ausschließlich Qualitätssicherungsüberlegungen relevant sein. Im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wäre daher klarzustellen, dass Ärzte und Psychotherapeuten sowohl Ärzte als auch Psychotherapeuten anstellen dürfen, wenn sichergestellt ist, dass fachliche Weisungen nur von Personen erfolgen, die über eine entsprechende Qualifikation verfügen.</p>
<p><b>5. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V (Job-Sharing)</b></p> <p>4. Ausnahmeregelungen für die Zulassung eines Arztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam mit einem dort bereits tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, derselben Facharztbezeichnung ausüben will und sich die Partner der Berufsausübungsgemeinschaften gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet, dies gilt für die Anstellung eines Arztes in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 Satz 1 und in einem Medizinischen Versorgungszentrum entsprechend; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist der Arzt nicht mitzurechnen; § 85 Abs. 4b Satz 3 gilt nicht.</p>	<p><b>5. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V (Job-Sharing)</b></p> <p>4. Ausnahmeregelungen für die Zulassung eines Arztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam mit einem dort bereits tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, derselben Facharztbezeichnung ausüben will und sich die Partner der Berufsausübungsgemeinschaften gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten, die den bisherigen Praxisumfang <b>bzw. bei der Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 den nach § 98 Abs. 2 Nr. 10 SGB V zu präzisierenden zeitlichen Umfang eines vollen Versorgungsauftrages nicht wesentlich überschreitet und soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist</b>; dies gilt für die Anstellung eines Arztes in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 Satz 1 und in einem Medizinischen Versorgungszentrum entsprechend und Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung, bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist der Arzt nicht mitzurechnen; § 85 Abs. 4b Satz 3 gilt nicht.</p> <p><b>Begründung:</b> Insbesondere für die psychotherapeutisch tätige Arztgruppe wird die Job-Sharing-Regelung nur wirklich nutzbar, wenn die Leistungsbegrenzung sich am zeitlichen Umfang des übernommenen Versorgungsauftrages orientiert und nicht am eigenen Praxisdurchschnitt der Vergangenheit. Der Gesetzentwurf sieht eine solche Ausnahme bereits bei der Anstellung von Ärzten vor. Eine analoge Regelung sollte für das Job-Sharing erfolgen.</p>
<p><b>6. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V (Anstellung Ärzte/Psychotherapeuten)</b></p>	<p><b>6. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V (Anstellung Ärzte/Psychotherapeuten)</b></p>

<p>5. Regelungen für die Anstellung von Ärzten/Psychotherapeuten bei einem Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, mit derselben Facharztbezeichnung in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern sich der Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet, und Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist, bei der Ermittlung des Versorgungsgrades sind die angestellten Ärzte nicht mitzurechnen; § 85 Abs. 4b Satz 7 erster Halbsatz und Satz 8 gelten nicht.</p>	<p>5. Regelungen für die Anstellung von Ärzten/Psychotherapeuten bei einem Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, mit derselben Facharztbezeichnung in einem Planungsbereich für den Zulassungsbeschränkungen angedacht sind, sofern sich der Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet, die den bisherigen Praxisumfang <b>bzw. bei der Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 den nach § 98 Abs. 2 Nr. 10 SGB V zu präzisierenden zeitlichen Umfang eines vollen Versorgungsauftrages</b> nicht wesentlich überschreitet und Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist, bei der Ermittlung des Versorgungsgrades sind die angestellten Ärzte nicht mitzurechnen; § 85 Abs. 4b Satz 7 erster Halbsatz und Satz 8 gelten nicht.</p> <p><b>Begründung: Insbesondere</b> für die psychotherapeutisch tätige Arztgruppe wird die Anstellungsregelung nur wirklich nutzbar, wenn die Leistungsbegrenzung sich am zeitlichen Umfang des übernommenen Versorgungsauftrages orientiert und nicht am eigenen Praxisdurchschnitt der Vergangenheit.</p>
<p><b>7. § 101 Abs. 4 SGB V (Mindestversorgungsgrade)</b></p>	<p><b>7. § 101 Abs. 4 SGB V (Mindestversorgungsgrade)</b></p> <p>4. Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten bilden eine Arztgruppe im Sinne des § 101 Abs. 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 1. Januar 1999 zu ermitteln. Zu zählen sind die zugelassenen Ärzte sowie die Psychotherapeuten, die nach § 95 Abs. 10 zugelassen werden. Dabei sind überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte mit dem Faktor 0,7 zu berücksichtigen. In den Richtlinien nach Abs. 1 ist für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 sicherzustellen, dass jeweils mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 40 vom Hundert der allgemeinen Verhältniszahl den ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten sowie den Psychotherapeuten vorbehalten ist. <b>In den Richtlinien nach Abs. 1 ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 vom Hundert der allgemeinen Verhältniszahl den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie den ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelnden Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten vorbehalten ist.</b> Bei der Feststellung der Überversorgung nach § 103 Abs. 1 sind die Versorgungsanteile von 40 vom Hundert und die ermächtigten Psychotherapeuten nach § 95 Abs.</p>

	<p>11 mitzurechnen.</p> <p><b>Begründung:</b> Der zu geringe Anteil von Leistungserbringern, die psychisch kranke Kinder und Jugendliche behandeln können und wollen, an den insgesamt zur psychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern ist mitverantwortlich für die gravierende Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland. Ein wirksames und bereits bekanntes Instrument der Bedarfsplanung ist die Sicherung eines Mindestversorgungsanteils für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.</p>
<p><b>8. § 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V (Teilzulassung)</b></p>	<p><b>8. § 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V (Teilzulassung)</b></p> <p>4. Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Erreichen der Altersgrenze, Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis <b>ganz oder teilweise oder der hälftige Versorgungsauftrag</b> von einem Nachfolger fortgeführt werden soll, hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben diesen Vertragsarztsitz <b>oder den hälftigen Versorgungsauftrag</b> in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen.</p> <p><b>Begründung:</b> Gibt ein Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut die Hälfte seiner Zulassung zurück und beschränkt sich auf einen halben Praxissitz, so wird dieser Schritt in gesperrten Planungsbereichen voraussichtlich irreversibel sein. Die u. U. gewünschte zeitliche Flexibilität, z. B. im Anschluss an Erziehungszeiten oder durch aktuell unvorhergesehene Ereignisse (z. B. Scheidung oder Tod des Partners) wird eingeschränkt. Außerdem schmälert sich der Verkaufswert der Praxis, wenn die Hälfte des Versorgungsauftrages zurückgegeben wird. Die Nutzung des Instrumentes der Teilzulassung bei bereits zugelassenen Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten wird also davon abhängig sein, inwieweit der Verzicht auf den hälftigen Versorgungsauftrag nicht zu erheblichen ökonomischen Einbußen führt bzw. dass der eingeschränkten zeitlichen Flexibilität ein Gegenwert gegenübersteht.</p>
<p><b>§ 19a (Ärzte-Zulassungsverordnung)</b></p> <p>(1) Die Zulassung verpflichtet den Arzt, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzei-</p>	<p><b>§ 19a (Ärzte-Zulassungsverordnung)</b></p> <p>(1) Die Zulassung verpflichtet den Arzt, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzei-</p>

tig auszuüben.

(2) Der Arzt ist berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte des Versorgungsauftrages nach Absatz 1 zu beschränken. Die Beschränkung des Versorgungsauftrages wird entweder im Rahmen eines Beschlusses nach § 19 Abs. 1 oder durch gesonderten Beschluss festgestellt.

(3) Auf Antrag des Arztes kann eine Beschränkung des Versorgungsauftrages nach Absatz 2 Satz 2 durch Beschluss aufgehoben werden. Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. Es gelten die Vorschriften dieses Abschnitts mit Ausnahme des § 25.

tig auszuüben.

(2) Der Arzt ist berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte des Versorgungsauftrages nach Absatz 1 zu beschränken. Die Beschränkung des Versorgungsauftrages wird entweder im Rahmen eines Beschlusses nach § 19 Abs. 1 oder durch gesonderten Beschluss festgestellt.

**(3)** Auf Antrag des Arztes **ist** eine Beschränkung des Versorgungsauftrages nach Abs. 2 Satz 2 durch Beschluss **aufzuheben, sofern bei Antragsstellung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.** Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. Es gelten die Vorschriften dieses Abschnitts mit Ausnahme des § 25.

**Begründung:** In der derzeitigen Fassung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes ist es eine Ermessungsentscheidung des Zulassungsausschusses, ob in nicht geschlossenen Planungsbereichen die Beschränkung auf einen halben Versorgungsauftrag durch den Vertragsarzt wieder rückgängig gemacht werden kann. Hier ist eine rechtlich gebundene Entscheidung verfassungsrechtlich geboten.

## VI. Literatur

- Albota, M. (2004). Zur Situation der Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen in Hamburg. Psychotherapeutenkammer Hamburg. [www.ptk-hamburg.de/uploads/expertise.pdf](http://www.ptk-hamburg.de/uploads/expertise.pdf).
- Barkmann, C. (2003). Psychische Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein epidemiologisches Screening, Dissertation – Universität Hamburg
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2000). Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs. Band 125 Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden: Nomos.
- Costello, E. J., Egger, H. & Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(10), 972-986.
- Esser, G., Schmidt, M. H., Blanz, B., Fätkenheuer, B., Fritz, A. u. a. (1992). Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 20, 232-242.
- Esser, G., Ihle, W., Schmidt, M. H. & Blanz, B. (2000). Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 276-283.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2003). Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: Juventa.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002), Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Psychologische Rundschau*, 53, 159 – 169.
- Kurth, B.-M., Bergmann, K. E., Hölling, H., Kahl, H., Kamtsiuris, P. & Thefeld, W. (2002). Der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitssurvey. Das Gesamtkonzept. *Gesundheitswesen*, 64, Sonderheft 1, 3 – 11.
- Olfson, M., Kessler, R. C., Berglund, P. A. & Lin, E. (1998). Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry*, 155(10), 1415 – 1422.
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 14(1), 48 – 57.
- Schubert, I., Horch, K., Kahl, H., Köster, I., Meyer, C. & Reiter, S. (2004). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin: Robert Koch Institut.
- Wittchen, H.U., Lieb, R., Pfister, H. et al. (2000). The waxing and waning of mental disorders: Evaluation of the stability of mental disorders in the population. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 122 – 132.

## **Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts (VÄndG)**

Der bvvp hat grundsätzliche Einwände gegen die im Gesetz vorgesehene Möglichkeit des Entzugs von halben Praxissitzen.

Sowohl dem Ziel der besseren Verzahnung von ambulant und stationär, als auch der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei Ärzten und Psychotherapeuten dürfte man mit den neuen Bestimmungen tatsächlich näher kommen. Dies gilt aber nicht für das Ziel der besseren Versorgung im Sinne einer Besserversorgung in bisher unterversorgten Gebieten und/oder einer Versorgungsbegrenzung in über- bzw. versorgten Gebieten durch die Schaffung halber Vertragsarztsitze. Das Gegenteil wird erreicht:

- Die Möglichkeit halber Versorgungsaufträge (GA des Bundesrats) trägt nicht dazu bei, Versorgungsengpässe zu beseitigen. In unterversorgten Gebieten stehen ohnehin offene Praxissitze zur Verfügung. Es fehlen dort nicht Praxissitze sondern Ärzte, um sie zu besetzen.
- Insbesondere im Bereich Psychotherapie hat die Bedarfsplanung noch weniger als in anderen medizinischen Bereichen etwas mit dem realen Bedarf zu tun, so dass es nominell überversorgte Gebiete gibt, in denen trotzdem Psychotherapeutenmangel herrscht.
- In nominell überversorgten oder ausreichend versorgten Gebieten schafft man je nach endgültiger Formulierung im Gesetzestext und dann folgender Spruchpraxis der Zulassungsausschüsse entweder neue Niederlassungsmöglichkeiten, die zur Deckung eines realen Bedarfs tatsächlich gebraucht werden, bei realer Überversorgung aber unnötig sind, oder aber die Möglichkeit, halbe Sitze zu entziehen, was bei nomineller- aber nicht realer- Überversorgung zu einer Verschlechterung der Versorgung führen wird. Diese Effekte konterkarieren die Absicht einer besseren Verteilung der Versorgung.

Eine Ausweitung der Versorgung kann von Ärzten und Psychotherapeuten außerdem nur bei Aufstockung des Budgets, oder dessen Wegfall, geleistet werden.

Wir halten daher die Einführung halber Versorgungsaufträge in Hinblick auf die Erreichung einer gleichmäßigeren Versorgung der Bevölkerung im ambulanten Bereich nicht für zielführend, zumal weit reichende juristische Probleme der Definition des halben Versorgungsauftrags hinzukommen.



## Weitere Punkte:

### A. Art.1, Nr.5 Buchstabe c, d sowie Buchstabe c1 der Bundesratsempfehlung

Wenn man dennoch prinzipiell an der Möglichkeit eines halben Versorgungsauftrags auch im ambulanten Bereich festhalten will, sollte man dies jedoch auf jeden Fall auf die freiwillige Beantragung beschränken, da es für die Möglichkeit der **Beantragung** eines halben Versorgungsauftrages (bisherige Gesetzentwurf) lediglich der Definition, was man mit dem halben Versorgungsauftrag **darf** (Limits für Leistungsvolumen und Nebentätigkeit) bedarf. Mit der Entzugsmöglichkeit von halben Praxissitzen hingegen sind weit reichende kontrollierbare und rechtssichere Definitionen erforderlich, was jemand mit einem ganzen Versorgungsauftrag vorhalten **muss**. Derartige Definitionen dürften kaum hinreichend zu präzisieren sein und würden Bürokratie und gerichtliche Auseinandersetzungen vervielfachen.

### B. 1. Zu Art. 1, Nr. 6 (§98 Abs. 2):

#### **Verzicht auf die Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Definition des zeitlichen Umfangs des hälftigen Versorgungsauftrages**

Soweit es bei Zulassung von halben Praxissitzen **nur auf Antrag** bleibt, kann im Gesetz ein Limit für Nebentätigkeiten von 26 Std. direkt festgelegt werden. Dann kann auf die vorgesehene Ermächtigung des BMG, den zeitlichen Umfang des halben Versorgungsauftrags in den jeweiligen Zulassungsverordnungen verzichtet werden.

### 2. Zu Art.1 Nr. 5 a), § 95, Abs.1 Satz 2 ff:

#### **Medizinisches Versorgungszentrum auch bei Psychiatern und Psychotherapeuten**

Es wird eine analoge Klarstellung wie bei den fachärztlich und hausärztlich tätigen Internisten – entweder im Gesetzestext oder in der Gesetzesbegründung – vorgeschlagen, dass auch Psychiater und Psychotherapeuten mit weniger als 50% Psychotherapie mit Personen der Arztgruppe nach § 101 Abs.4 eine fachübergreifende Einrichtung nach § 95 Abs.1 bilden können.

### 3. Regelung in Art. 5, Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte: **Vorschlag zur Einführung weiterer Verbesserungen zum Jobsharing**

Es werden Verbesserungen der Jobsharing-Möglichkeiten und bessere vertragliche Regelungen für die Juniorpartner mit stufenweiser Abgabe/ Übernahme des Versorgungsauftrags wegen Alter und Krankheit.

Freiburg, den 10.10.2006



Dr. Birgit Clever



## **Erläuterungen und Ausführungen zur Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts (VÄndG)**

Mit dem Gesetzentwurf zur Änderung des Vertragsarztrechts wird in mehrfacher Hinsicht Neuland betreten im Sinne der Flexibilisierung der Kooperationsformen aller an der Versorgung Beteiligten Berufsgruppen und der Zusammenarbeit zwischen ambulant, stationär und ggf. auch teilstationären Einrichtungen und Beratungsstellen. Dadurch werden Entwicklungsimpulse zur Verzahnung von Versorgungsstrukturen gesetzt und Möglichkeiten von Versorgungsstrukturen in bisher unterversorgten Gebieten erweitert.

### **A. Grundsätzliche Einwände gegen den Entzug eines halben Praxissitzes und zu der dadurch erforderlichen Normierung von hälftigen Versorgungsaufträgen**

#### **Art.1, Nr.5 Buchstabe c und d sowie Buchstabe c1 der Bundesratsempfehlung**

Im bisherigen Gesetzentwurf ist weder eine konkrete definitorische Festlegung des Kriteriums des vollen und des halben Versorgungsauftrages vorgesehen noch die Möglichkeit des Entzuges eines halben Praxissitzes. Der bisher vorliegende Gesetzentwurf geht von einer Beantragung bzw. freiwilligen Abgabe des hälftigen Versorgungsauftrags aus. In der Anlage 3 zum Gesetzentwurf wird dem Antrag des Bundesrats, den Entzug eines halben Vertragsarztsitzes vorzusehen, im Rahmen der Gegenäußerung der Bundesregierung unter Nr. 2. grundsätzlich zugestimmt.

U.E. dürften kaum zweifelsfreie Kriterien – u. U. noch zu spezifizieren für die einzelnen Arztgruppen und deren Untergruppen - zu finden sein, die einen vollen resp. halben Versorgungsauftrag rechtssicher mit „Positivmerkmalen“ charakterisieren könnten. Dies wäre aber die Voraussetzung, um einen halben Praxissitz rechtskonform entziehen zu können. Bisher verzichtet deswegen die Zulassungsverordnung der Ärzte auf eine eingrenzende Konkretisierung. Als problematische Aspekte möchten wir nennen:

- Sowohl unterschiedliche Leistungsmöglichkeiten als auch unterschiedliche Praxiskonzepte mit zum Teil hohem Anteil an Delegation an Hilfskräfte einerseits und zum Teil Ausführung fast aller Nebentätigkeiten durch den Praxisinhaber andererseits erschweren einheitliche Kriterien.
- Die telefonische Erreichbarkeit ist wegen unterschiedlich langer Sprechstundenzeiten, je nachdem, ob in größerem Maße z.B. operative oder komplexe diagnostische Tätigkeiten oder belegärztliche Tätigkeiten oder psychotherapeutische Behandlungen mit eingeschränkter Erreichbarkeit, ausgeübt werden, für eine einheitliche Normierung nicht geeignet.
- Erst recht kann die vollzeitige Verfügbarkeit nicht an Auslastungsgraden gemessen werden: zum einen trägt der Praxisinhaber das wirtschaftliche Risiko der Auslastung seiner Praxis, eine Verpflichtung, Patienten zu akquirieren kann aufgrund der freien Arzt-/Psychotherapeutenwahl nicht postuliert werden.

- Außerdem kann die vollzeitige Praxistätigkeit nicht an den unmittelbaren Patientenkontakten gemessen werden; diese macht nur einen – je nach Praxistyp variablen – Anteil der Gesamtarbeitszeit für die Praxis aus.
- Wenn zu dem vom Praxisinhaber zu tragenden Risiko einer möglichen eingeschränkten Arbeitsleistung – z.B. gesundheits- oder altersbedingt – (und damit Honorareinbußen bei gleich hoch bleibenden Praxiskosten) noch ein weiteres Risiko des möglichen Entzugs des (halben) Praxissitzes hinzukäme, würde das die Attraktivität der Tätigkeit als Vertragsbehandler deutlich mindern und das Interesse an einer Niederlassung als Voraussetzung für die Sicherstellung der Versorgung beeinträchtigen. Die Möglichkeit, die Praxis aus einer solchen kritischen Phase wieder herauszuführen, könnten erheblich geschmälert werden.
- Im Krankheitsfall oder bei nachlassender Leistungsfähigkeit kommt als weiteres Risiko hinzu, dass der Praxisinhaber durch enge Fallzahl- bzw. Leistungszuwachsgrenzen kein hinreichend attraktives Jobsharing-Angebot ausloben kann, aber gleichzeitig vom Entzug der Hälfte seines Praxissitzes bedroht wäre, was den Verlust der Hälfte des Praxiswertes nach sich zöge - bei gleich bleibenden Verbindlichkeiten aus der auf Vollauslastung kalkulierten Praxis. Die erneute Wiedererlangung eines ganzen Praxissitzes würde bei den großteils gesperrten Bezirken u. U. über längere Zeit am Zulassungsausschuss scheitern.
- Es ist damit zu rechnen, dass es zu einer hohen Kontroll- und Eingriffsdichte durch die Selbstverwaltungsorgane und aufgrund mangelnder Validität von objektivierbaren Kriterien zu einer Zunahme von Sozialgerichtsprozessen käme.

Somit erscheint eine gerichtsfeste „Positiv-Definition“ des vollen oder halben Praxissitzes kaum möglich. Außerdem müssten bei dem Versuch einer „konkreten“ Definition nach Auslastungsgraden für die einzelnen Fachgruppen jeweils verbindliche Definitionen eingeführt werden, ab wann das Kriterium eines halben Praxissitzes erfüllt ist. Damit wäre auch im Rückschluss ein voller Praxissitz zu definieren, möglicherweise bei Großpraxen auch ein 1,5 facher Praxissitz. Bei der bereits erwähnten hohen Varianz der Praxisgestaltungen in allen Fachbereichen (hinsichtlich der vorgehaltenen Diagnostik- und Behandlungsmethoden, des Einsatzes von technischen Mitteln, von Personal etc.) dürfte sich ein überbordender Regulierungsaufwand ergeben, zahlreiche Zusatzkriterien gerichtsfest (unter dem Aspekt der Verhältnismäßigkeit und dem Gleichheitsgebot) definieren zu müssen. Bei der Überprüfung dieser Kriterien kämen auf die davon betroffenen Praxisinhaber ggf. belastende und diskriminierend wirkende Folgen zu. Die Kontrolldichte dürfte sich auch negativ auf Arbeitsmotivation und Arbeitsleistung auswirken und zu einer Flut von gerichtlichen Auseinandersetzungen über die Umsetzungspraktiken der Selbstverwaltung führen.

Daher sollte unbedingt auf die vom Gesundheitsausschuss des Bundesrates empfohlene Entzugsmöglichkeit einer halben Zulassung verzichtet werden. Bei der Möglichkeit des Entzugs eines halben Praxissitzes wären konkretere Definitionen darüber erforderlich, was für einen halben Sitz erfüllt werden **muss**, im Gegensatz zur Beantragung

oder der freiwilligen Abgabe eines halben Sitzes (wie im bisherigen Entwurf vorgesehen),

bei der nur definiert werden muss, was getan werden **darf** mit halbem Praxissitz, und zwar:

- a. die maximale Ausdehnung der halben Praxistätigkeit (durch die Selbstverwaltung zu definieren) und
- b. das Ausmaß der Nebentätigkeiten.

Zum Ausmaß der Nebentätigkeit (b.) könnte i.S. einer ‚möglichst sparsamen‘ Definition eines halben Vertragsarztsitzes im Gesetz auf die BSG-Rechtsprechung zurückgegriffen werden. Diese hat eine 13stündige Nebentätigkeit als mit der Vollzulassung vereinbar definiert. Analog könnte für einen halben Praxissitz die Zulässigkeit einer Nebentätigkeit bis zu 26 Stunden gesetzlich festgelegt werden (s. nächster Punkt).

## **B. Weitere einzelne Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf**

### **1. Verzicht auf die Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Definition des zeitlichen Umfangs des hälftigen Versorgungsauftrages**

#### **Zu Art. 1, Nr. 6 (§98 Abs. 2)**

Im Zusammenhang mit der vorgesehenen Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit (§ 98 Abs. 2 neu), den zeitlichen Umfang der Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit des sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrags in den jeweiligen Zulassungsverordnungen näher zu bestimmen, sehen wir die Gefahr einer einengenden Konkretisierung des Kriteriums eines vollen/halben Vertragsarztsitzes mit entsprechenden bürokratischen Beeinträchtigungen.

Wir plädieren stattdessen bei der Definition der Versorgungstätigkeit eines halben Vertragsarztsitzes für eine Orientierung an der bisherigen BSG-Rechtsprechung zur Nebentätigkeit, d.h. analog der Zulässigkeit einer bis zu 13stündigen Nebentätigkeit bei Vollzulassung eine Nebentätigkeit bis zu 26 Wochenstunden bei einer Zulassung mit halbem Praxissitz vorzusehen.

Dann könnte auch auf die im bisherigen Gesetzentwurf vorgesehene Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit, den „zeitlichen Umfang der Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit des sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrags in den jeweiligen Zulassungsverordnungen näher zu bestimmen“, verzichtet werden zugunsten dieser Definition über die Nebentätigkeit und des Verweises auf die von der Selbstverwaltung festzusetzende maximale Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit bei halbem Sitz.

## 2. Medizinisches Versorgungszentrum auch bei Psychiatern und Psychotherapeuten

### Art.1 Nr. 5 a), § 95, Abs.1 Satz 2 ff

In § 95 Abs.1 ist eine Klarstellung dahingehend erforderlich, dass wenn einer Einrichtung (MVZ) ein Psychiater ohne überwiegende psychotherapeutische Tätigkeit und ein Arzt oder Psychotherapeut der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören, diese als fachübergreifend zu bezeichnen ist. Diese Klarstellung könnte analog der Ausführung in Satz 3 zum fachärztlichen und hausärztlichen Internisten explizit erfolgen oder aber auch als Bemerkung in Teil B. Besonderer Teil.

Diese Klarstellung zur Ermöglichung einer sinnvollen Vernetzung der Versorgung psychisch Erkrankter wäre sehr wünschenswert.

## 3. Vorschlag zur Einführung weiterer Verbesserungen zum Jobsharing

### Regelung in Artikel 5, Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Für die gleichzeitige Ermöglichung eines gestuften Ausstieges aus der vertragsärztlichen Tätigkeit aus Altersgründen einerseits und des stufenweisen Einstiegs in die Praxistätigkeit für noch teilweise – sei es in Anstellungen, sei es in familiären Verpflichtungen - gebundenen „Nachrückern“ könnte das Jobsharing ein wichtiges Instrument darstellen, wenn die erforderlichen Bestimmungen optimiert werden könnten. Wir schlagen dazu vor:

- Eine Erlaubnis der Ausdehnung der Praxistätigkeit über die 103% hinaus; z.B. eine Möglichkeit der Erweiterung auf 150%.

Hilfsweise folgender Vorschlag:

Eine Öffnung der 103% dahingehend, dass bei Einstieg in das Jobsharing nicht unbedingt das letzte Jahr des Seniorpartners zugrunde gelegt werden müsste, sondern ein leistungsstarkes Jahr der letzten 5 oder 10 Jahre

Begründung:

Oft geht die quantitative Leistungsfähigkeit schon vor dem 60. bis 63. Lebensjahr zurück oder legt gerade eine Erkrankung in den Vorjahren die Entscheidung nahe, nach einer Jobsharing- Möglichkeit zu suchen. Aber der damit schon eingetretene geringere Auslastungsgrad des Vorjahres verunmöglicht eine sinnvolle Praxisauslastungsgröße für den Senior- und Juniorpartner im Jobsharing.

- Verbesserung der Absicherung des Juniorpartners – z.B. durch verbesserte Rechte gegenüber dem Seniorpartner. Hier sollten rechtliche Mindeststandards formuliert werden.
- Die Möglichkeit einer Praxissitzteilung i.S. von Zulassung von zwei halben Praxissitzen (dadurch größere Sicherheit für den Junior-Partner) mit der rechtlich abgesicherten Möglichkeit der frei zu vereinbarenden Aufteilung der Versor-

gungstätigkeit im Binnenverhältnis: z.B. der Möglichkeit, bei formal beantragter und bewilligter Halbierung des Praxissitzes einen gestuften Übergang nach unter den Partnern vereinbarten, von der Halbierung abweichenden Prozentsätzen bei der abzurechnenden Leistungserbringung (wie beispielsweise im ersten und zweiten Jahr 25 : 75 %, im dritten Jahr 50 : 50%, im vierten und fünften Jahr 75 : 25%) vereinbaren zu können.

Freiburg, den 10.10.2006

Norbert Bowe



Berlin, 11.10.2006

**Stellungnahme**  
**des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e. V.**  
**zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Änderung des**  
**Vertragsarztrechts und anderer Gesetze**  
**(Vertragsarztrechtsänderungsgesetz- VÄndG)**  
**vom 30.08.2006 (BT-Drs. 16/2474)**

Grundsätzlich begrüßt der BDPK die mit dem vorliegenden Entwurf eines Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes beabsichtigte Liberalisierung und Flexibilisierung der rechtlichen Rahmenbedingungen in der ambulanten Versorgung.

Allerdings reichen aus Sicht des BDPK die vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen nicht aus, um die damit beabsichtigte Flexibilisierung der ambulanten Versorgungsstrukturen sowie die stärkere Vernetzung zwischen der vertragsärztlichen Versorgung einerseits und den stationären Versorgungsbereichen im Krankenhaus sowie in der Rehabilitation und Pflege andererseits zu erreichen.

Aus der Sicht des BDPK besteht insbesondere hinsichtlich folgender Regelungen des vorliegenden Gesetzesentwurfs Nachjustierungs- bzw. Ergänzungsbedarf:

- 1. Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzesentwurfs - § 95 SGB V: Konkretisierung der Einrichtungsvoraussetzungen für Medizinische Versorgungszentren**
- 2. Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzesentwurfs - § 140d SGB V: Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung**
- 3. Artikel 5 Nr. 6 des Gesetzesentwurfs - § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV: Organisatorische Erleichterung der Leistungserbringung durch Vertragsärzte**
- 4. Klarstellung in § 121 SGB V und anderen Gesetzen zur Neuregelung der Vergütung belegärztlicher Leistungen**



**1. Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzesentwurfs - § 95 SGB V: Konkretisierung der Einrichtungsvoraussetzungen für Medizinische Versorgungszentren**

Der BDPK begrüßt im Grundsatz die Konkretisierung der Einrichtungsvoraussetzung für Medizinische Versorgungszentren. Durch die Beibehaltung des Tatbestandsmerkmals „fachübergreifend“ als Zulassungsvoraussetzung für ein Medizinisches Versorgungszentrum wird jedoch die Einrichtung eines MVZ unnötig erschwert. Dies führt in der Praxis in vielen Fällen zu unsinnigen Fachkombinationen und stellt im Ergebnis ein Hemmnis für die Überwindung der sektoralen Trennung der Versorgungsbereiche ambulant und stationär dar. Die vorgesehene Konkretisierung des Merkmals führt ferner nicht zur vollständigen Beseitigung der in der Praxis bestehenden Umsetzungs- und Auslegungsschwierigkeiten.

**Änderungsvorschlag:**

Verzicht auf das Tatbestandsmerkmal „fachübergreifend“ in § 95 Abs 1 Satz SGB V.

**2. Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzesentwurfs - § 140d SGB V: Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung**

Der BDPK lehnt die Finanzierung der integrierten Versorgung über eine Anschubfinanzierung aus den Budgets der Vertragsärzte und Krankenhäuser grundsätzlich ab. Die Intention der integrierten Versorgung liegt in der Verbesserung der Patientenversorgung. Dieses Ziel müsste auch im Mittelpunkt der Umsetzung der §§ 140a ff. SGB V stehen. Die über das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 eingeführte Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V hat zwar die Umsetzung der integrierten Versorgung entscheidend begünstigt. Allerdings steht in den derzeit etablierten Integrationsmodellen im Wesentlichen das Ziel der Kosteneinsparung und weniger die Verbesserung der Versorgungsqualität im Vordergrund.

Aus Sicht des BDPK ist die Anschubfinanzierung in Form eines Pauschalabzugs bei den Leistungserbringern nicht der richtige Ansatz zur Förderung einer zukunftsfähigen integrierten Versorgung, die zu einer Umstrukturierung der Versorgungslandschaft und zu einem Wettbewerb um bessere Versorgungsstrukturen führt. Aufgrund der Finanzierung der Integrationsversorgung über von Krankenhäusern und Vertragsärzten aufgebrauchte Mittel werden die in der Regelversorgung zur Verfügung stehenden Mittel pauschal gekürzt, ohne dass es jedem einzelnen Leistungserbringer möglich ist, über den Abschluss von Integrationsverträgen diese Finanzierungslücke zu decken. Vor diesem Hintergrund lehnt der BDPK eine Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung nach § 140d SGB V ab. Für die integrierte Versorgung muss eine Finanzierungsquelle geschaffen werden, die sich nicht aus einer pauschalen Kürzung bereits erwirtschafteter Vergütungen speist. Es müssen vielmehr Anreize



gesetzt werden, die dazu führen, dass Krankenkassen die integrierte Versorgung in erster Linie als ein Instrument zur Verbesserung der Versorgung ihrer Versicherten und nicht lediglich zur Kosteneinsparung sehen und die mit der Anschubfinanzierung verbundene Unterfinanzierung in der Regelversorgung beseitigt wird.

**Änderungsvorschlag:**

Verzicht auf die Verlängerung der Anschubfinanzierung gem. § 140d SGB V.

**3. Artikel 5 Nr. 6 des Gesetzesentwurfs - § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV: Organisatorische Erleichterung der Leistungserbringung durch Vertragsärzte**

Der BDPK begrüßt ausdrücklich die gesetzliche Änderung, die es Vertragsärzten generell ermöglicht, gleichzeitig auch als angestellte Ärzte in Krankenhäusern bzw. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu arbeiten. Die gesetzliche Klarstellung der gleichzeitigen Betätigungsmöglichkeit eines Arztes im Krankenhaus und in einem Medizinischen Versorgungszentrum begünstigt in hohem Maße die angestrebte Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung und gestattet es den Krankenhausträgern, ihre finanziellen und personellen Ressourcen im Sinne einer verbesserten Patientenversorgung effizienter zu nutzen.

Die Ausgestaltung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV in Verbindung mit der BSG-Rechtsprechung schränkt jedoch den Umfang der Nebentätigkeit eines Vertragsarztes außerhalb seiner Praxis auf maximal ein Drittel der „üblichen“ wöchentlichen Arbeitszeit und damit auf maximal 13 Stunden pro Woche ein. In der Praxis führt gerade diese zeitliche Einschränkung des Umfangs der flexiblen Betätigung zu einem großen Hemmnis für die verbesserte Kooperation und Verzahnung der ambulanten und stationären Leistungsbereiche. Im Ergebnis wird eine optimale Ausgestaltung der Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung nach wie vor behindert.

**Änderungsvorschlag:**

Der neu eingefügte Satz in § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV sollte wie folgt ergänzt werden:

„Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Tätigkeit des Vertragsarztes unabhängig von ihrem zeitlichen Umfang vereinbar.“

**4. Klarstellung in § 121 SGB V und anderen Gesetzen zur Neuregelung der Vergütung belegärztlicher Leistungen**





Unter Berücksichtigung der durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeführten neuen Versorgungsformen der integrierten Versorgung und der Medizinischen Versorgungszentren fehlen insbesondere Regelungen, die die Zukunft der belegärztlichen Versorgung gewährleisten. Die belegärztliche Versorgung gilt als Prototyp der integrierten Versorgung, die idealtypisch die Schnittstellen zwischen ambulanter vertragsärztlicher Tätigkeit und stationärer Krankenhausversorgung überwindet. Trotz eindeutiger gesetzlicher Verpflichtungen in § 121 Absatz 1 SGB V wirken die Vertragsparteien nach § 115 Absatz 1 SGB V nicht auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Versorgung hin. Ursächlich hierfür ist vor allem die belegarztfeindliche Ausgestaltung des EBM 2000plus sowie der Honorarverteilungsverträge in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen. Die im EBM 2000plus vorgenommene Bewertung belegärztlicher Leistungen und deren Abwertung durch abgesenkte Punktwerte in den einzelnen KV-Bereichen haben zu Honorareinbrüchen für die Belegärzte von bis zu 40% geführt. Diese Vergütungsdefizite führen in zunehmendem Maße dazu, dass Vertragsärzte ihre belegärztliche Tätigkeit aufgeben.

Neben den unzumutbaren Honorareinbußen für Belegärzte infolge der Einführung des neuen EBM 2000plus, zeichnen sich auch im Rahmen der Krankenhausfinanzierung zunehmend Verzerrungen zulasten der Belegabteilungen ab. Die Bewertungsdifferenzen zwischen Haupt- und Belegabteilungs-DRGs haben sich in den letzten Jahren erheblich zulasten der Belegabteilungen vergrößert und begründen im zunehmenden Maße auch eine Wettbewerbsverzerrung zwischen Haupt- und Belegabteilungen.

Die Divergenz der heute bestehenden Vergütungssysteme in der vertragsärztlichen Versorgung (EBM) und in der stationären Versorgung (DRG) ist durch Nachjustierungen in den jeweiligen Vergütungssystemen nicht zu regeln. Auch Honorararztmodelle nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz können die Vorteile der belegärztlichen Versorgung nicht gewährleisten. Nur die Überführung der Vergütung belegärztlicher Leistungen aus der Sicherstellungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen in das System der Krankenhausfinanzierung kann den Fortbestand der belegärztlichen Versorgung und damit eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitätsgesicherte Versorgung der Bevölkerung auch in ländlichen Bereichen sicherstellen.

Aus diesem Grunde fordert der BDPK die Umsetzung der Vereinbarung im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD vom 11.11.2005 und die Regelung der Vergütung belegärztlicher Leistungen im Rahmen des DRG-Systems.

Bei den nachfolgend aufgeführten Änderungsvorschlägen wird davon ausgegangen, dass belegärztliche Leistungen zukünftig nur noch auf der Basis eines für Haupt- und Belegabteilungen einheitlichen Fallpauschalenkataloges vergütet werden. Hierzu sind die bisher in den vertragsärztlichen Gesamtvergütungen enthaltenen Anteile für belegärztliche Leistungen auszugliedern und in dieser Höhe dem stationären Sektor zuzuführen. Diese Regelung löst die Abrechnungsprobleme der belegärztlichen Vergütung und ist für die Krankenkassen kostenneutral.



## **Änderungsvorschläge:**

### **Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V):**

#### **§ 73 SGB V**

§ 73 Absatz 6 sollte wie folgt gefasst werden:

„Zur kassenärztlichen Versorgung gehören Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nicht, wenn sie im Rahmen der Krankenhausbehandlung oder der stationären Entbindung durchgeführt werden.“

...

#### **§ 85 Abs. 2 SGB V:**

##### **Anfügung eines neuen Satzes 9:**

Die Gesamtvergütung ist durch das Inkrafttreten der gesetzlichen Änderungen zur Neuordnung der belegärztlichen Versorgung ab dem Jahr 2007 um die Ausgaben für belegärztliche Leistungen auf der Basis der Durchschnittsausgaben der Jahre 2000 bis 2004 zu bereinigen.

#### **§ 103 SGB V:**

##### **Ergänzung des § 103 Abs. 7:**

(7) In einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, haben Krankenhausträger das Angebot zum Abschluss von Belegarztverträgen auszuschreiben. Kommt ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Belegarzt nicht zustande, kann der Krankenhausträger mit einem bisher im Planungsbereich nicht niedergelassenen geeigneten Arzt einen Belegarztvertrag schließen. Eine gesonderte Prüfung durch den Zulassungsausschuss entfällt. Der Belegarzt erhält eine auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung; die Beschränkung entfällt bei



Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach Abs. 3, spätestens nach Ablauf von zehn Jahren.

### **§ 115 SGB V:**

§ 115 sollte wie folgt gefasst werden

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge mit dem Ziel, durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten.

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1. die Förderung der Behandlung in Einrichtungen, in denen die Versicherten in Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (Praxisklinik)

...

### **§ 115 b SGB V:**

§ 115b Abs. 2 sollte wie folgt gefasst werden:

...

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffe zugelassen. Dies gilt auch für Belegkliniken und Belegabteilungen, sofern diese Leistungen als Institutsleistungen erbracht werden

...

### **§ 121 SGB V:**

(1) Die Vertragsparteien nach § 112 Abs. 1 wirken gemeinsam mit Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäusern auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Behandlung der Versicherten hin. Die Krankenhäuser sollen Belegärzten gleicher Fachrichtung die Möglichkeit geben, ihre Patienten gemeinsam zu behandeln (kooperatives Belegarztwesen). Die belegärztliche Versorgung ist nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung.



(2) Belegärzte im Sinne dieses Gesetzbuchs sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln. Der Belegarzt erbringt die Hauptleistung für seine eigenen Patienten im Rahmen der stationären Versorgung.

**(3) Die stationären Leistungen der Krankenhäuser und der Belegärzte werden durch ein gemeinsames Entgelt vergütet. Die Krankenhäuser und Belegärzte vereinbaren untereinander eine Aufteilung der Entgelte. Die Vereinbarung soll folgende Sachverhalte angemessen berücksichtigen:**

1. die vom InEK kalkulierten ärztlichen Kosten im G-DRG-System
2. den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten und
3. die vom Belegarzt veranlaßten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden.

#### **Krankenhausentgeltgesetz:**

#### **§ 4 Abs. 3 KHEntgG:**

#### **Einfügung eines neuen Satzes 3:**

Zusätzlich ist der veränderte Ausgangswert für das Jahr 2007 durch die von dem Inkrafttreten der gesetzlichen Änderungen zur Neuordnung der belegärztlichen Versorgung betroffenen Kliniken einmalig zu erhöhen.

#### **§ 8 KHEntgG:**

§ 8 Abs. 2 KHEntgG sollte wie folgt gefasst werden:

...



(2) Fallpauschalen werden für die Behandlungsfälle berechnet, die in dem Fallpauschalen-Katalog nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bestimmt sind.

Zusätzlich zu einer Fallpauschale dürfen berechnet werden:

...

### **§ 10 KHEntgG:**

**Ein neuer Absatz 3a sollte eingefügt werden:**

Die durch das Inkrafttreten der gesetzlichen Änderungen zur Neuordnung der belegärztlichen Versorgung nicht mehr an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlten Anteile von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung nach § 85 SGB V für belegärztliche Leistungen werden bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes ab dem Jahr 2007 zusätzlich berücksichtigt.

### **§ 18 KHEntgG:**

**§ 18 KHEntgG sollte wie folgt gefasst werden:**

(1) Belegärzte im Sinne dieses Gesetzes sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln. Der Belegarzt erbringt die Hauptleistung für seine eigenen Patienten im Rahmen der stationären Versorgung. Leistungen des Belegarztes sind:

1. seine persönlichen Leistungen,
2. der ärztliche Bereitschaftsdienst für Belegpatienten,
3. die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden,
4. die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.



**(2) Die stationären Leistungen der Krankenhäuser und der Belegärzte werden durch ein gemeinsames Entgelt vergütet. Die Krankenhäuser und Belegärzte vereinbaren untereinander eine Aufteilung der Entgelte. Die Vereinbarung soll folgende Sachverhalte angemessen berücksichtigen:**

1. die vom InEK kalkulierten ärztlichen Kosten im G-DRG-System
2. den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten und
3. die vom Belegarzt veranlaßten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden.

#### **§ 19 KHEntgG:**

§ 19 Abs. 1 KHEntgG sollte wie folgt gefasst werden:

(1) Soweit Belegärzte zur Erbringung ihrer Leistungen nach § 18 Ärzte des Krankenhauses in Anspruch nehmen, sind sie verpflichtet, dem Krankenhaus die entstehenden Kosten zu erstatten. Die Kostenerstattung kann pauschaliert und im Rahmen der Aufteilung von Entgelten nach diesem Gesetz angemessen berücksichtigt werden. Soweit vertragliche Regelungen der Vorschrift des Satzes 1 entgegenstehen, sind sie anzupassen. ...

#### **Zulassungsverordnung für Ärzte:**

#### **§ 20 Ärzte-ZV:**

**Ein neuer Absatz 2a sollte eingefügt werden:**

Die Tätigkeit als Belegarzt steht der Eignung zur vertragsärztlichen Tätigkeit unabhängig von deren Umfang nicht entgegen.

Vorab per Mail an Frau Marianne Steinert (Ausschuss für Gesundheit)  
marianne.steinert@bundestag.de

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Die Vorsitzende  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

12. Oktober 2006

**Stellungnahme des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC)  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts  
und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - VÄndG)  
BT-Drucks. 16/2474 vom 30.08.2006**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

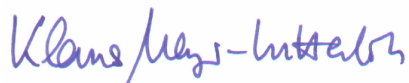
in der Anlage übersende ich Ihnen eine Stellungnahme des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC) verbunden mit unserem Dank für die Einladung zur Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 18. Oktober 2006.

Seitens des BMC werden an der Anhörung teilnehmen:

Dr. Klaus Meyer-Lutterloh  
BMC-Vorstandsvorsitzender  
e-Mail: [dr.meyer-Lutterloh@t-online.de](mailto:dr.meyer-Lutterloh@t-online.de)

RA Dr. Peter Wigge  
BMC-Vorstandsmitglied  
e-Mail: [kanzlei@ra-wigge.de](mailto:kanzlei@ra-wigge.de)

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Klaus Meyer-Lutterloh  
Vorstandsvorsitzender

Der Bundesverband Managed Care bezieht sich in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG) insbesondere auf den Aspekt der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen. Aus diesem Blickwinkel ergibt sich im Folgenden eine Auswahl aus den Vorschriften des Gesetzentwurfes. Von Einzelstellungen zu denjenigen Regelungen, die nicht im Fokus dieser Betrachtungsweise liegen, wird abgesehen.

Der Bundesverband Managed Care begrüßt in diesem Zusammenhang die Transformierung der flexibleren berufsrechtlichen Regelungen, die der 107. Deutsche Ärztetag 2004, der Deutsche Zahnärztetag 2004 und der 7. Deutsche Psychotherapeutentag 2006 beschlossen haben, in das Vertragsarztrecht. Dadurch werden die Rahmenbedingungen für eine weitere Differenzierung der Versorgungsstrukturen in Fortführung des gesetzgeberischen Trends der letzten 10 Jahre erweitert. Für Leistungserbringer und Krankenkassen entstehenden dadurch allerdings auch neue Herausforderungen z.B. in den Bereichen Management, Administration und Vertragswettbewerb.

---

## **1. Flexibilisierung des Vertrags(zahn)arztrechts**

### **Örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften**

#### **§ 24 (Zahn)ÄrzteZV, § 33 Abs. 2 (Zahn)ÄrzteZV**

Die Erweiterung der erlaubten Berufsausübung eines Vertragsarztes außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten und über den Bezirk der eigenen KV hinaus, auch mit angestellten Ärzten, ermöglicht die Anpassung der Leistungserbringung an regionale Bedarfslagen.

*Diese Möglichkeiten werden grundsätzlich begrüßt in Verbindung mit der Sicherung der Versorgungspräsenz am Vertragsarztsitz und an den weiteren Orten unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Ärzte als Voraussetzung der Genehmigung.*

*(Hierbei ist allerdings auf die verfassungsrechtliche Problematik durch die Streichung des Genehmigungsvorbehaltes in § 33 Abs. 2 ÄrzteZV - „landesrechtliche Vorschriften über die ärztliche Berufsausübung“ - hinzuweisen; siehe auch Stellungnahme des Bundesrates vom 07.07.06 und Gegenäußerung der Bundesregierung in Anlage 3 zur Drucksache 16/2474).*

### **Anstellung von Ärzten**

#### **§ 95 Abs. 9 SGB V, § 101 SGB V, § 32b (Zahn)ÄrzteZV, § 33 (Zahn)ÄrzteZV**

Die Möglichkeit, Ärzte innerhalb der vertragsärztlichen Tätigkeit unter der Voraussetzung, anzustellen, dass keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind bzw. im Fall von Zulassungsbeschränkungen mit Verpflichtung zur Leistungsbeschränkung, sowie die Aufhebung von der Leistungsbeschränkung in einem bestimmten Gebiet eines Zulassungsbezirks, in dem eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar



droht, erweitert die Optionen für Ärzte, als Angestellte an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Hierbei ist das Verbot einer Berufsausübungsgemeinschaft zur fachgebietsüberschreitenden Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen entsprechend der Regelung in § 33 Abs. 2 (Zahn)ÄrzteZV zu beachten.

*Diese Flexibilisierung wird in Verbindung mit dem Verbot von Berufsausübungsgemeinschaften zur fachgebietsüberschreitenden Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen („Selbstzuweisungsproblematik“; vgl. BSG, Urteil v. 31.01.2001, Az: B 6 KA 24/00 R) im Sinne einer bedarfsgerechten Gestaltung der Versorgung begrüßt.*

### **§ 103 Abs. 4b SGB V („Übertragung der Zulassung“)**

In Anlehnung an die Regelung in § 103 Abs. 4a, die es einem Vertragsarzt ermöglicht, in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seinen Vertragsarztsitz zu verzichten, um als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig zu werden, wird die entsprechende angestellte Tätigkeit in einer Vertragsarztpraxis ermöglicht (Satz 1). Diese Regelung erlaubt analog zu der Regelung bei MVZ in § 103 Abs. 4a SGB V eine „Übertragung der Zulassung“ auf eine Einzel- oder Gemeinschaftspraxis. Damit wird auch dort ein Zulassungskauf unter Umgehung des Ausschreibungs- und Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs. 4 SGB V möglich.

*Die Regelung führt dazu, dass die Chancen für Ärzte, die zukünftig in das Vertragsarztsystem eintreten wollen, erheblich reduziert werden, einen Vertragsarztsitz in einem Art. 3 Abs. 1 GG genügenden Verfahren zu erhalten. Durch die Regelung wird daher die Verfassungsmäßigkeit der Bedarfsplanung gemäß § 101 SGB V in Frage gestellt.*

### **Anstellung von Hochschullehrern der Allgemeinmedizin**

#### **§ 95 Abs. 9a SGB V**

*Die Ausnahmeregelung für die Anstellung von Hochschullehrern der Allgemeinmedizin in hausärztlichen Vertragsarztpraxen unabhängig von Zulassungsbeschränkungen wird im Sinne der Förderung der allgemeinmedizinischen Aus- und Weiterbildung begrüßt.*

### **"Doppeltätigkeit" von Vertrags(zahn)ärzten im Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung**

#### **§ 20 Abs. 2 (Zahn)ÄrzteZV**

Die gesetzliche Möglichkeit der Tätigkeit in oder der Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für Vertragsärzte erweitert die Gestaltungsoptionen sowohl für Ärzte als auch für die zugelassenen Einrichtungen und dient der sektoralen Vernetzung.

*Diese Flexibilisierung ist im Sinne einer bedarfsgerechten Gestaltung der Versorgung und der Überwindung von Sektorengrenzen von Grundsatz her zu begrüßen.*

*Allerdings stellt die Gestaltung der Arbeitsbedingungen z.B. hinsichtlich Weisungsbefugnis, Haftung, Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfung eine erhebliche Herausforderung dar.*

*Zu fragen ist auch, warum die Öffnung auf Krankenhausärzte beschränkt wird und z.B. nicht auch auf Werks- und Betriebsärzte erweitert wird, die nach der Rechtsprechung des BSG aus den gleichen Gründen wie Krankenhausärzte bisher nicht zugelassen werden können (BSG, Urteil vom 19.03.1997, Az.: 6 RKa 39/96 = BSGE 80, 133f).*

*Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass mit der gesetzlichen Regelung des § 20 Abs. 2 (Zahn)ÄrzteZV das Vorhandensein einer Interessenkollision im Zusammenhang mit der gleichzeitigen Tätigkeit im Krankenhaus und in der Niederlassung nicht ausgeräumt wird. Auch nach der Änderung des § 20 Abs. 2 (Zahn)ÄrzteZV darf es daher keine tatsächliche Leistungsverlagerung aus nicht sachgerechten (z.B. budgetrelevanten) Gründen je nach persönlichem Interesse des Arztes geben. Ebenso darf kein Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit und den Praxisbetrieb durch vertragliche Vereinbarungen mit dem Krankenhaus erfolgen (vgl. BSG, Urteil vom 05.11.1997, Az.: 6 RKa 52/97, MedR 1998, S. 279). Andernfalls besteht die Gefahr, dass durch die Liberalisierung unsachgemäße Verlagerungen von Leistungen in das jeweils andere Budget der herkömmlichen sektoral getrennten ambulanten und stationären Versorgung stattfinden.*

*Es erscheint deshalb sinnvoll, insoweit ergänzende Regelungen in den Bundesmantelverträgen zuzulassen. Weiterhin ist durch honorartechnische Anpassungen auch dafür zu sorgen, diese Regelung nicht zum Unterlaufen des Belegarztwesens führt.*

### **Hälftiger Versorgungsauftrag ("Teilzulassungen")**

#### **§ 95 Abs. 3 Satz 1, § 98 Abs. 2, § 18 Abs. 1 (Zahn)ÄrzteZV und 19a (Zahn)ÄrzteZV**

Die Berechtigung eines Arztes, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag als Vertragsarzt auf die Hälfte eines vollständigen Versorgungsauftrages zu beschränken, und diese Regelung bedarfsweise wieder aufzuheben, flexibilisiert die Arbeitsmöglichkeiten von Vertragsärzten sowohl für freiberuflich tätige als auch für angestellte Ärzte und ermöglicht individuelle Gestaltungsmöglichkeiten.

*Diese Flexibilisierung wird im Sinne einer bedarfs- und präferenzgerechten sowie insbesondere familienfreundlichen Gestaltung der vertragsärztlichen Tätigkeit begrüßt.*

### **Mitgliedschaft von angestellten und ermächtigten Ärzten in Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigungen**

#### **§ 77 Abs. 3 SGB V**

Die Mitgliedschaft von angestellten und ermächtigten Ärzten in Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigungen unter der Voraussetzung, dass sie mindestens halbtags beschäftigt sind, *erscheint im Zusammenhang mit den dadurch möglichen Durchgriffsmöglichkeiten der KVen auf die einzelnen Ärzte plausibel.*

## **2. Regelungen zu MVZ**

### **Merkmal "fachübergreifend"**

#### **§ 95 Abs.1 Satz 3 ff SGB V**

Diese Regelung stellt klar, wann ein MVZ als "fachübergreifend" zu bezeichnen ist, da dieses Merkmal für die Zulassung relevant ist.

*Obwohl eine Klarstellung grundsätzlich zu begrüßen ist, hält der BMC das Merkmal "fachübergreifend" für MVZ für eine unnötige Einschränkung der Gestaltungsmöglichkeiten.*

*Als Sonderform der Medizinischen Versorgungszentren sollten deshalb auch spezialisierte Einrichtungen - so genannte „focused factories“ – als MVZ zulassungsfähig sein. Der Grundgedanke liegt hier nicht auf Integration, sondern auf Spezialisierung. Zunehmender medizinischer und insbesondere auch medizinisch-technischer Fortschritt erfordern*

Konzentration auf wenige Kernkompetenzen. Dabei ist entscheidend, dass durch "focused factories" bessere Qualität zu niedrigeren Kosten erreicht werden kann.

Insofern schlägt der BMC vor, das Merkmal "fachübergreifend" als Zulassungsvoraussetzung zu streichen. Wir beziehen uns insoweit auch auf den Vorentwurf zum VÄG vom 10.04.2006, der auf das Merkmal ausdrücklich verzichtet hatte, da „- eine Konkretisierung dieses Merkmals mit nicht überwindbaren Schwierigkeiten verbunden wäre und - dies in der Vergangenheit medizinisch nicht sinnvolle Kombinationen provoziert hat.“

## **Krankenhausarzt in MVZ**

### **§ 20 Abs. 2 (Zahn)ÄrzteZV**

Die gesetzliche Möglichkeit der Tätigkeit in oder der Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für Vertragsärzte erweitert die Gestaltungsoptionen sowohl für Ärzte als auch für die zugelassenen Einrichtungen; d.h. Krankenhausärzte können in einem MVZ angestellt sein (Siehe auch unter 1.).

*Hierdurch kann sektorübergreifende Versorgung gefördert werden, was von Grundsatz her zu begrüßen ist.*

*Allerdings stellt die Gestaltung der Arbeitsbedingungen z.B. hinsichtlich Weisungsbefugnis, Haftung, Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfung eine erhebliche Herausforderung dar.*

*Zu fragen ist auch, warum die Öffnung auf Krankenhausärzte beschränkt wird und z.B. nicht auch auf Werks- und Betriebsärzte erweitert wird, die nach der Rechtsprechung des BSG aus den gleichen Gründen wie Krankenhausärzte bisher nicht zugelassen werden können (BSG, Urteil vom 19.03.1997, Az.: 6 RKa 39/96 = BSGE 80, 133f).*

*Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass mit der gesetzlichen Regelung des § 20 Abs. 2 (Zahn)ÄrzteZV das Vorhandensein einer Interessenkollision im Zusammenhang mit der gleichzeitigen Tätigkeit im Krankenhaus und in der Niederlassung nicht ausgeräumt wird. Auch nach der Änderung des § 20 Abs. 2 (Zahn)ÄrzteZV darf es daher keine tatsächliche Leistungsverlagerung aus nicht sachgerechten (z.B. budgetrelevanten) Gründen je nach persönlichem Interesse des Arztes geben. Ebenso darf kein Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit und den Praxisbetrieb durch vertragliche Vereinbarungen mit dem Krankenhaus erfolgen (vgl. BSG, Urteil vom 05.11.1997, Az.: 6 RKa 52/97, MedR 1998, S. 279). Andernfalls besteht die Gefahr, dass durch die Liberalisierung unsachgemäße Verlagerungen von Leistungen in das jeweils andere Budget der herkömmlichen sektoral getrennten ambulanten und stationären Versorgung stattfinden.*

*Es erscheint deshalb sinnvoll, insoweit ergänzende Regelungen in den Bundesmantelverträgen zuzulassen. Weiterhin ist durch honorartechnische Anpassungen auch dafür zu sorgen, dass diese Regelung nicht zum Unterlaufen des Belegarztwesens führt.*

## **Haftung für Verbindlichkeiten eines MVZ**

### **§ 95 Abs.2 Satz 6 SGB V**

Die selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung von Gesellschaftern eines medizinische Versorgungszentrums für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen als Zulassungsvoraussetzung sollen sowohl die Mitglieder einer KV als auch die Versichertengemeinschaft einer Krankenkasse vor Kosten geschützt werden, die sie nicht zu verantworten haben und die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden.

Hierdurch werden MVZ anders behandelt als Gemeinschaftspraxen, für die es diese Vorschrift nicht gibt. Im VÄndG ist besonders die Gleichstellung von Gemeinschaftspraxis und MVZ beabsichtigt. Bevor hiermit eine nicht unerhebliche Hürde für eine MVZ-Gründung und die Ungleichbehandlung mit einer Gemeinschaftspraxen ins Gesetz geschrieben werden, sollte die Regelung unter diesen Aspekten noch einmal überdacht werden.

### **3. Weitere Regelungen**

#### **Verlängerung der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung**

##### **§ 140 b und d SGB V**

*Die Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung ist grundsätzlich zu begrüßen, da auf diese Weise die Bereitstellung der erforderlichen Finanzmittel durch die Krankenkassen erleichtert bzw. ermöglicht wird, solange keine andere praktikable Regelung zur Budgetbereinigung besteht.*

Allerdings erscheint der Verlängerungszeitraum nur bis in das Jahr 2007 zu kurz. Eine Verlängerung der Anschubfinanzierung bis zum 31.12.2008 wäre sinnvoller, weil dann die Anschubfinanzierung durch ein neues Vergütungssystem abgelöst werden kann, das die Morbidität berücksichtigt.

Voraussetzung für die Gewährung einer Anschubfinanzierung sollten klarere Regelungen für die Vergabe sein, wie beispielsweise die Offenlegung der Qualitätsziele und der Kriterien, an Hand derer die Erreichung von Qualitätszielen nachgeprüft werden und den Versicherten zugänglich gemacht werden kann – gegebenenfalls durch vergleichende externe Qualitätsprüfung.

#### **Lockerung der Altersgrenze bei Unterversorgung**

##### **§ 95 Abs. 7 SGB V, § 25 (Zahn)ÄrzteZV**

Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellt, dass in einem bestimmten Gebiet eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht, wird die Altersbegrenzung durch das 55. Lebensjahr für Erstzulassungen und ärztliche Tätigkeiten durch Vollendung des 68. Lebensjahres befristet aufgehoben. Diese Regelung endet spätestens sechs Monate nach Aufhebung der Feststellung der Unterversorgung.

Angesichts der Entwicklung der Arztzahlen und des geringen Versorgungsgrades in einzelnen Gebieten hält der BMC die Zulassungsgrenze bei Vollendung des 55. Lebensjahres und die Ausschlussgrenze bei Vollendung des 68. Lebensjahres für nicht mehr zeit- und sachgerecht. Beide Altersgrenzen sollten generell aufgehoben werden.

#### **Sozialdaten für Erfüllung der Aufgaben der KVen**

##### **§ 285 Abs. 3 SGB V**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten auf Anforderung untereinander übermitteln, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist.

*Diese Regelung ermöglicht den KVen die Erfüllung ihrer ordnungspolitischen Aufgaben insbesondere bei überörtlichen KV-übergreifenden vertragsärztlichen Berufsausübungs-*

*gemeinschaften (Abrechnung, Vergütung, Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen).*

### **Risikostrukturausgleich**

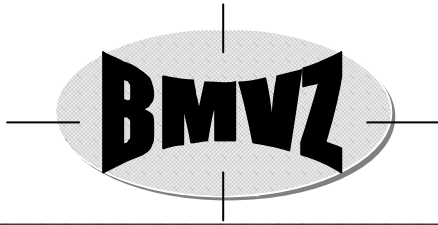
#### **§ 268 SGB V**

Die Einführung eines weiter entwickelten RSA (Morbi-RSA) wird vom 1. Januar 2007 auf den 1. Januar 2009 verschoben

*Diese Terminverschiebung um zwei Jahre muss bedauerlicherweise unter der Voraussetzung in Kauf genommen werden, dass ein Morbi-RSA abgekoppelt von den anderen Finanzierungselementen (Fond, DRGs, neue Honorarstruktur der Vertragsärzte) Verwerfungen ergeben würde, die nur schwer aufgefangen werden können.*

*Dennoch wird auf die Notwendigkeit der sachgerechten Weiterentwicklung des RSA als Wettbewerbsvoraussetzung hingewiesen. Auf eine weitere ausführlichere Diskussion der RSA-Problematik wird jedoch an dieser Stelle verzichtet.*

Bundesverband Managed Care e.V.  
Berlin, den 12.10.2006



**BMZ Bundesverband**  
**Medizinische Versorgungszentren**  
**- Gesundheitszentren**  
**- Integrierte Versorgung e.V.**

BMVZ e.V. \* Hebbelstraße 1A \* 14467 Potsdam

Tel. 0331/2 328 410 Fax: 0331/2 328 445  
E.-mail: bmvz@bmvz.de

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Vorsitzende, Frau Dr. Martina Bunge, MdB

Platz der Republik 1

11011 Berlin

Ihr Zeichen:

Unser Zeichen: S-P/Je.

Datum: 11. Oktober 2006

**(14) Ausschuss für Gesundheit**  
**Ausschussdrucksache**

**0017(12)**

**vom 11.10.2006**

**16. Wahlperiode**

**Stellungnahme des BMVZ e.V. - Bundesverband Medizinische Versorgungszentren - Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V. zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG) – BT-Drucksache 16/2474**

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,  
sehr geehrter Herr Dr. Faust,  
sehr geehrte Damen und Herren,

zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz übermitteln wir Ihnen nachstehend die Stellungnahme unseres Verbandes.

I.

Der BMVZ e.V. befürwortet die klarstellerischen Regelungen hinsichtlich der medizinischen Versorgungszentren. Des Weiteren teilt der BMVZ e.V. das Ziel, die Liberalisierungen aus der MBO-Ä in der Ärzte-ZV einzubinden.

Vorstandsvorsitzender  
Rainer Schwitalski  
Tel.: 03542 / 8710

Bankverbindung:  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank e G  
Konto-Nr. 000 344 11 05  
(BLZ 10090603)/ Steuer-Nr. 046/142/07421

Geschäftsführer  
Rainer Jeniche  
Tel.: 0331/ 2328410  
[www.bmvz.de](http://www.bmvz.de)

## II.

### **Stellungnahme zu den einzelnen Vorschriften**

Zu den einzelnen Vorschriften soll seitens des BMVZ e.V. wie folgt Stellung genommen werden:

#### 1. Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

##### a) Zu Nr. 3 (§ 77 Abs. 3 SGB V)

Grundsätzlich befürwortet der BMVZ e.V. die Änderung in § 77 Abs. 3 SGB V. Die medizinischen Versorgungszentren selbst sind zurzeit nicht Mitglieder bei der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung. Dies ist nicht sachgerecht, denn die medizinischen Versorgungszentren übernehmen als Leistungserbringer die Funktionen als „Arzt“ innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung. Gerade in den Fällen, in denen medizinische Versorgungszentren in Form von juristischen Personen betrieben werden, ist es geboten, dass diese selbst auch Mitglied der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung werden. Nur so kann realisiert werden, dass die Interessen der medizinischen Versorgungszentren selbst innerhalb der Selbstverwaltung hinreichend Berücksichtigung finden.

Die Tatsache, dass zwar die angestellten Ärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum Mitglieder der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung sind, ist für die Vertretung der medizinischen Versorgungszentren innerhalb der vertrags(zahn)ärztlichen Selbstverwaltung als nicht ausreichend anzusehen. Ein angestellter Arzt ist hinsichtlich der Mitgliedschaft in der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung bei der Ausübung seiner mitgliedschaftlichen Rechte nicht den Weisungen des Arbeitgebers – medizinisches Versorgungszentrum – unterworfen. Der Arbeitgeber ist jedoch verpflichtet, eine ausreichende wirtschaftliche Grundlage für seine angestellten Ärzte zu schaffen. Dann ist es auch folgerichtig, wenn ein medizinisches Versorgungszentrum selbst Mitglied der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung wird. Im Übrigen hat die Vergangenheit gezeigt, dass medizinische Versorgungszentren hinsichtlich der wirtschaftlichen Relevanz ihre Erfahrungen und Kenntnisse von kooperativen und integrativen Versorgungsstrukturen in die (zahn)ärztliche Selbstverwaltung unmittelbar mit einbringen sollten.

Ferner entspricht es der Gleichbehandlung von Vertragsärzten und medizinischen Versorgungszentren, sie auch bei der Mitgliedschaft gleich zu behandeln.

**b) Zu Nr. 5 (§ 95 SGB V)**

- Zu Buchstabe a

Der BMVZ e.V. bestätigt die praktischen Probleme mit dem Wort „fachübergreifend“. Die jetzt vorgenommene Änderung ist im Verhältnis zum Referenten-Entwurf jedoch nicht weitgehend genug. Zwar wird begrüßt, dass der Begriff des „fachübergreifend“ präzisiert wird, dennoch hält der BMVZ es für sinnvoll und sachgerecht, das Wort „fachübergreifend“ in § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V gänzlich zu streichen und auf die weitere Präzisierung zu verzichten.

Durch einen Verzicht der Präzisierung bei gleichzeitiger Streichung des Begriffs „fachübergreifend“ wird gewährleistet, dass auch im vertragszahnärztlichen Bereich medizinische Versorgungszentren gegründet werden können. Die bisherige Ablehnungspraxis der Zulassungsausschüsse im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung macht es zwingend erforderlich, das „fachübergreifende“ zu streichen.

Die Einfügung eines neuen Satz 3 in § 95 Abs. 2 SGB V wird vom BMVZ für sinnvoll gehalten. Dadurch wird auch die Möglichkeit geschaffen, medizinische Versorgungszentren interdisziplinär aus der vertragsärztlichen und der vertragszahnärztlichen Versorgung zu schaffen. Hier wird im Prinzip das Modell fortgeführt, das bereits bei Mund-Gesichts-Kieferchirurgen existiert, die sowohl für die vertragsärztliche als auch für die vertragszahnärztliche Versorgung eine Zulassung innehaben.

Als Konsequenz dieser kooperativen Zusammenarbeit von Ärzten und Zahnärzten innerhalb eines medizinischen Versorgungszentrums ist es jedoch noch erforderlich, dass die Zuständigkeitsvorschriften in der Ärzte-ZV entsprechend angepasst werden. Ansonsten könnte das Problem der Zuständigkeit zwischen den Zulassungsausschüssen für die vertragsärztliche Versorgung und für die vertragszahnärztliche Versorgung auftreten.



- Zu Buchstabe b

Diese Regelung ist als nicht erforderlich zu streichen. Bei juristischen Personen des privaten Rechts handelt es sich um eine eigenständige Konstruktion, die auch wegen der körperschaftlichen Struktur entsprechenden Konsequenzen steuerrechtlicher Natur unterworfen sind. Daher würde das weitere Fordern einer Bürgschaft den Sinn und Zweck dieser Gesellschaftsform zuwiderlaufen und eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung darstellen, da die Vorteile dieser Gesellschaftsform gestrichen werden ohne die existierenden steuerrechtlichen Nachteile zu beseitigen.

Unabhängig von den grundsätzlichen Bedenken bedarf diese Regelung noch einer inhaltlichen Überarbeitung:

- Nach der jetzigen Formulierung hat ein früherer Gesellschafter, unabhängig vom Zeitpunkt seines Ausscheidens, für sämtliche Forderungen zum Zeitpunkt der Liquidation der Gesellschaft über die Bürgschaft einzustehen. Sowohl bei der GbR als auch bei einer Partnerschaft greift jedoch § 160 HGB ein, die eine Haftungsbeschränkung beinhaltet. Diese Beschränkung der Haftung des ausgeschiedenen Gesellschafters ist nach der jetzigen Formulierung des § 95 Abs. 2 Satz 5 SGB V nicht gegeben.
- Des Weiteren fehlt der Bezug des Haftungstatbestandes auf den Zeitpunkt der Gesellschafterstellung. Es muss mithin geregelt werden, dass nur der Gesellschafter für den Zeitraum in Anspruch genommen werden kann, in dem er tatsächlich Gesellschafter war.

- Zu Buchstabe c

Die Schaffung von Halbtagsstellen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung ist sachgerecht. Hierbei ist es jedoch erforderlich, dass definiert wird, was mit einem „hälftigen Versorgungsauftrag“ gemeint ist. Dabei sollte nicht zwingend rein auf Zeitfaktoren abgestellt werden, vielmehr auch auf andere Kriterien z.B. Fallzahl-Begrenzungen, bezogen auf den Fachgruppendurchschnitt, Mengenkontingente für entsprechende Leistungen u.ä.

- Zu Buchstabe d

Die neu eingefügte Frist von sechs Monaten für die Wiederherstellung der Gründungsvoraussetzungen erscheint zu kurz zu sein. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass beispielsweise ein gründungsberechtigter Vertragsarzt plötzlich und unerwartet verstirbt, könnte im Einzelfall für das medizinische Versorgungszentrum die Schaffung der Gründungsvoraussetzungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nicht realisierbar erscheinen lassen. Es wird in diesem Zusammenhang ausdrücklich angeregt, die Frist auf 1 Jahr zu verlängern.

#### Zu Artikel 5 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

**a) Zu Nr. 7 (§ 24)**

Die Änderungen in § 24 Ärzte-ZV werden grundsätzlich befürwortet. Dennoch halten wir noch einige Änderungen für erforderlich.

Zunächst sollte zur Klarstellung besonders aufgenommen werden, dass die Tätigkeit an mehreren Orten auch für medizinische Versorgungszentren gilt. Zwar sieht § 1 Abs. 3 – neu – vor, dass die Ärzte-ZV auch für medizinische Versorgungszentren entsprechend gilt. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Vorschriften der MBO-Ä in die Ärzte-ZV übernommen werden sollen und ein medizinisches Versorgungszentrum nicht unmittelbar den Vorschriften der MBO-Ä unterliegt, sollte zur Klarstellung ein entsprechenden Verweis vorgenommen werden.

Die Übertragung der Regelungen von § 17 Abs. 2 MBO-Ä in § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV wird nicht identisch, vielmehr mit Modifikationen vorgenommen. Hierdurch entstehen wieder Verwerfungen zwischen dem Vertragsarztrecht und dem ärztlichen Berufsrecht, die zu erheblicher Rechtsunsicherheit führen können. Geht man in diesem Zusammenhang davon aus, dass das Berufsrecht die Grundlage auch für das Vertragsarztrecht ist, so würde die Regelung des § 17 Abs. 2 MBO-Ä im Gegensatz zu § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV stehen und die Ärzte wären an § 17 Abs. 2 MBO-Ä – bzw. dessen Umsetzung in die jeweiligen Berufsordnungen der Landesärztekammern – gebunden.

Die Regelung in Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 ist entbehrlich, sie entspricht auch nicht § 17 Abs. 2 MBO-Ä. Es wird letztlich wieder eine Bedarfsprüfung durchgeführt, die gerade nicht mehr berufsrechtlich gewollt ist; der Unterschied liegt lediglich bei der Frage der Genehmigung nach jetzigem Recht und der Untersagung nach neuem Recht. Die Vorschrift des § 17 Abs. 2 MBO-Ä wollte im Übrigen gerade nicht mehr die Differenzierung zwischen Zweigpraxis und ausgelagerten Praxisräumen vornehmen; die Aufgabe der Differenzierung ist auch sachgerecht, weil dadurch die in der Praxis häufig auftretenden Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen ausgelagerten Praxisräumen und Zweigpraxis beseitigt werden könnten. Des Weiteren würde durch Streichung von Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 der Abs. 4 entbehrlich werden.

Wenn die Regelungen von § 17 Abs. 2 MBO-Ä in die Ärzte-ZV übernommen werden sollten, was der BMVZ e.V. befürwortet, muss dies dann bei einem medizinischen Versorgungszentrum in der Form geschehen, dass die Tätigkeit an bis zu 3 Standorten pro Arzt gerechnet wird.

**b) Zu Nr. 11 (§ 33)**

• Zu Buchstabe b

Grundsätzlich wird auch hier die weitergehende Liberalisierung des Vertragsarztrechts befürwortet.

Bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften sollte jedoch nicht auf Grundlage einer vertraglichen Regelung von der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen der zuständige Zulassungsausschuss bestimmt werden, vielmehr dürfte es sachgerecht sein, die Regelungen für die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft bei mehreren Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen entsprechend anzuwenden. Hierdurch wird verhindert, dass die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft innerhalb eines Bereichs der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung auf eine Vereinbarung der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen warten muss, während bei einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis über die Bereiche der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung hinaus durch autonome Entscheidungen die Zuständigkeit des Zulassungsausschusses bestimmen könnte. Die Privilegierung einer Berufsausübungsgemeinschaft in mehre-

ren Bereichen von Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen ist insoweit nicht gerechtfertigt.

Des Weiteren ist innerhalb des § 33 Ärzte-ZV bzw. Zahnärzte-ZV eine Regelung dahingehend zu treffen, welcher Zulassungsausschuss zuständig ist bei einem medizinischen Versorgungszentrum mit beschäftigten Ärzten und Zahnärzten. Es besteht in diesem Zusammenhang ansonsten die Gefahr, dass beide Zulassungsausschüsse – sowohl für den ärztlichen Bereich als auch für den Bereich der Zahnärzte – ihre Zuständigkeit verneinen und deswegen das Ziel des Gesetzgebers aus der Änderung von § 33 Abs. 1 nicht realisiert werden kann.

### **III.**

#### **Stellungnahme des Bundesrates**

- Zu Nr. 9 – Zu Artikel 6 Nr. 7 Buchstabe a (§ 24 Abs. 3 Satz 2, 3 und Satz 5 bis 8 Zahnärzte-ZV) und Nr. 11 Buchstabe b ( § 33 Abs. 2 Satz 2 und Absätze 3 Satz 2 bis 5 Zahnärzte-ZV):

Die Änderungsvorschläge sind in Übereinstimmung mit den Ausführungen der Bundesregierung aus den dort genannten Gründen abzulehnen.

- Zu Artikel 7

Die Änderungsvorschläge sind in Übereinstimmung mit den Ausführungen der Bundesregierung aus den dort genannten Gründen abzulehnen. Ferner ist sind die wirtschaftlichen Verhältnisse bei den Personen, die unter die Anwendung der GOÄ fallen in der gleichen Art und Weise wie in den alten Bundesländern. Es besteht daher keine Notwendigkeit auf die Anpassung zu verzichten. Auch in den anderen freien Berufen wie z.B. bei den Rechtsanwälten ist eine Angleichung der Vergütung zwischen Ost und West vorgenommen worden.

#### IV.

### Weiterer Änderungsbedarf

#### 1. Änderungen des SGB V

##### **a) Flexibilisierung der Übertragung von Praxen bei medizinischen Versorgungszentren**

Bisher ist innerhalb des SGB V lediglich die Vorschrift geregelt, dass ein Arzt seine Zulassung auf ein medizinisches Versorgungszentrum übertragen kann, um sich dort anstellen zu lassen (§ 103 SGB V). Eine ausdrückliche Regelung, wonach ein medizinisches Versorgungszentrum auch seine Zulassung an einen niederlassungswilligen Arzt, der sich weder im medizinischen Versorgungszentrum anstellen lassen noch mit dem medizinischen Versorgungszentrum kooperieren möchte, zu übertragen, hat bisher keinerlei ausdrückliche Regelung gefunden. Diese Regelung ist u.E. jedoch erforderlich, weil im Rahmen der Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit auch die Möglichkeit bestehen muss, dass ein medizinisches Versorgungszentrum an einen niederlassungswilligen Arzt die Zulassung überträgt. Bedarfsplanerisch ist dieser Weg unproblematisch, da keine neuen Vertragsarztsitze geschaffen werden.

Weiter ist die Möglichkeit zu schaffen, dass ein medizinisches Versorgungszentrum die Berechtigung der Beschäftigung für einzelne Ärzte auf ein anderes medizinisches Versorgungszentrum übertragen kann, um auch hier im Bereich der medizinischen Versorgungszentren eine größtmögliche Flexibilität zu erreichen.

##### **b) Änderung von § 103 Abs. 4a Satz 4 SGB V**

Die bisherige Praxis hat gezeigt, dass eine Vielzahl von medizinischen Versorgungszentren in überversorgten Bereichen – exemplarisch ist Berlin anzuführen - ausschließlich zu dem Zweck gegründet worden sind, um in der Zukunft aus rein ökonomischen Gründen über den Weg der Anstellung eine individuelle Vermehrung der Vertragsarztsitze zu erreichen. Dies hält der BMVZ e.V. aus versorgungspolitischen Gründen für nicht sachgerecht.

Dennoch wird nicht verkannt, dass die Entscheidung innerhalb des SGB V durch das GMG dem Grunde nach zu befürworten ist. Um die Anreize der Fehlsteuerung durch die Frist von 5 Jahren zu beseitigen ist es erforderlich, dass die Frist auf 10 Jahre verlängert wird.

Es existieren nach Auffassung des BMVZ hier auch keine verfassungsrechtlichen Bedenken, da durch die Verlängerung der Frist auf 10 Jahre zur Zeit keine Rechtspositionen tangiert sind; schließlich ist die Regelung noch nicht zur Anwendung gekommen. Die Hoffnung und Erwartung von MVZ-Gründern der Anwendung der 5-Jahres-Frist ist nicht schützenswürdig, da hier nicht in die unmittelbare Planungssicherheit der MVZ-Betreiber eingegriffen wird.

## 2. Änderungen der GOÄ/GOZ/GOP

Der Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und einem medizinischen Versorgungszentrum wird unmittelbar zwischen den Beteiligten geschlossen, insbesondere bei juristischen Personen des Privatrechts taucht hier die Frage auf, ob diese Leistungen nach der GOÄ in Abrechnung zu bringen sind. Zum Zwecke der Klarstellung sollte § 1 der GOÄ/GOZ/GOP entsprechend angepasst werden.

## 3. Änderungen des VVG

In § 4 Abs. 2 MB/KK ist vorgesehen, dass innerhalb der privaten Krankenversicherung die versicherte Person die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten hat. Dabei wird die Niederlassung eines Arztes im formalen Sinne als die öffentlich erkennbare Bereitschaft zur Ausübung des ärztlichen Berufes in selbstständiger Praxis an einem bestimmten Ort vorgesehen. Ferner wird eine juristische Person selbst niemals als Arzt „angesehen“. In der Praxis taucht immer wieder das Problem auf, ob die Tätigkeit von angestellten Ärzten insoweit eine ausreichende ambulante Tätigkeit im Sinne des von § 4 Abs. 2 MB/KK darstellt.

Da der Gesetzgeber nunmehr die Möglichkeiten der Anstellung eines Arztes wesentlich liberalisiert, ist es erforderlich, dass auch hier eine Anpassung der Vorschriften vorgenommen wird.

Da dies in den MB/KK nicht möglich ist, bedürfte es einer Anpassung in § 178b VVG.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Rainer Schwitalski  
Vorstandsvorsitzender

gez. Rainer Jeniche  
Geschäftsführer



Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

Frau  
Dr. Martina Bunge, MdB  
Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit  
Deutscher Bundestag  
11011 Berlin

per E-Mail an [marianne.steinert@bundestag.de](mailto:marianne.steinert@bundestag.de)

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1808  
FAX +49 (0) 228 619 - 1876  
E-MAIL [praesident@bva.de](mailto:praesident@bva.de)  
INTERNET [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de)  
BEARBEITER(IN) Dr. Göppfarth

DATUM 11. Oktober 2006  
AZ VII2-5580.0-263/06  
(bei Antwort bitte angeben)

## **Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG**

### **Öffentliche Anhörung am 18. Oktober 2006**

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

beim o.g. Gesetzesentwurf sehe ich das Bundesversicherungsamt nur bei der Änderung des § 268 SGB V berührt. Meine Stellungnahme beschränkt sich daher auf diesen Punkt.

Die Verschiebung der Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich ist zwingend erforderlich. Nach unserer Einschätzung müssen für die Vorbereitungen der Einführung bei den Krankenkassen und dem Bundesversicherungsamt etwa zwei Jahre veranschlagt werden. Außerdem macht es die geplante Umsetzung der direkten Morbiditätsorientierung erforderlich, dass für die Berechnung der Ausgleichsbeträge die Daten aus zwei abgeschlossenen Kalenderjahren, d.h. der Jahre 2006 und 2007, vorliegen. Erfahrungsgemäß können die Daten eines Jahres frühestens im Spätsommer des Folgejahres gemeldet werden.

Ein Einführungstermin vor dem 1.1.2009 lässt sich daher aus unserer Sicht nicht umsetzen. Der nun geplante Einführungstermin lässt sich hingegen erreichen, wenn noch in diesem Jahr die Rechtsgrundlage für die Datenerhebung geschaffen wird. Insoweit verweise ich auf den vorliegenden Referentenentwurf einer 14. Verordnung zur Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung.



**Allerdings halten wir es für zwingend erforderlich, dass die Rechtsverordnung zur Umsetzung des direkten Morbiditätsorientierung vor dem 31. Dezember 2009 in Kraft tritt (Ziffer 16 b aa des Gesetzentwurfes).** Um die Rechtssicherheit bei der Berechnung der Ausgleichbeträge und der Bescheidung der Krankenkassen im Herbst 2008 zu gewährleisten, sollte diese Rechtsverordnung spätestens bis zum 30. Juni 2008 in Kraft treten.

Zu etwaigen Änderungsanträgen werde ich getrennt Stellung nehmen. An der Anhörung werde ich in Begleitung von Herr Dr. Göppfarth teilnehmen. Etwaige Änderungsanträge bitte ich an die E-Mail-Anschrift [dirk.goepffarth@bva.de](mailto:dirk.goepffarth@bva.de) und [peter.strothmann@bva.de](mailto:peter.strothmann@bva.de) senden.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Dr. Daubenbüchel



10. Oktober 2006

## Stellungnahme

der  
**Deutschen Krankenhausgesellschaft**  
zum  
**Regierungsentwurf**  
**eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze**  
(Vertragsarztrechtsänderungsgesetz-VÄndG  
BT-Drucksache 16/2474 vom 30. August 2006)

### A) Allgemeiner Teil

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt den vorgelegten Entwurf für ein Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts. Der Entwurf schafft Klarheit hinsichtlich der Zulässigkeit einer parallelen Beschäftigung von Ärzten in Krankenhäusern und Medizinischen Versorgungszentren und entspricht insofern einer Forderung der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Sie hatte frühzeitig darauf hingewiesen, dass die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Vereinbarkeit von Krankenhaus- und Vertragsarztstätigkeit auf Medizinische Versorgungszentren keine Anwendung finden kann, da der Gesetzgeber durch die Schaffung der Rechtsfigur des Medizinischen Versorgungszentrums zum Ausdruck gebracht hat, dass er eine die Sektorengrenzen überschreitende Behandlung von Patienten für sachgerecht hält. Der vorgelegte Entwurf beinhaltet insofern zumindest eine konsequente Weiterverfolgung des wesentlichen Ziels der Reform des Gesundheitswesens durch das GMG, die sektoralen Grenzen in der medizinischen Versorgung zu überwinden. Nachdem der Gesetzgeber durch die Implementierung des Medizinischen Versorgungszentrums bereits eine institutionelle Öffnung vorgenommen hat, wird durch den vorgelegten Gesetzentwurf nunmehr auch in der Person des einzelnen Leistungserbringers eine medizinische Versorgung über die Sektorengrenzen hinaus ermöglicht. Darüber hinaus stärkt der Gesetzentwurf die Kooperationsmöglichkeiten zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern.

Der Gesetzentwurf bleibt aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft allerdings hinter dem Ziel einer umfassenden Reform des Vertragsarztrechts zurück, soweit an den bestehenden Sektorengrenzen festgehalten wird. Ein wesentliches Ziel der Reformansätze des GMG, die sektorale Trennung in der medizinischen Versorgung zunehmend aufzulösen, wird auch durch diesen Reformvorschlag nur ansatzweise erreicht. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft bewertet den Gesetzentwurf aber insgesamt als begrüßenswerten „Schritt in die richtige Richtung“.

## **B) Besonderer Teil**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hält die im Folgenden dargestellten Änderungen und Ergänzungen des vorliegenden Gesetzentwurfes für erforderlich:

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Zu Nummer 3 (§ 77 Abs. 3 SGB V)**

Der Gesetzentwurf lässt aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft an dieser Stelle die in den vorab vorgelegten Eckpunkten für ein Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vorgesehene Regelung vermissen, dass ein Medizinisches Versorgungszentrum, sofern es als juristische Person betrieben wird, ab dem 01. Januar 2007 Mitglied seiner Kassenärztlichen Vereinigung wird. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft befürwortet die Aufnahme dieser Regelung in den Gesetzentwurf, da hierdurch konsequenter Weise diejenigen Einfluss auf Entscheidungen im ambulanten Bereich hätten, die auch die wirtschaftliche Verantwortung für die Einrichtung tragen.

#### **Zu Nummer 5 (§ 95 SGB V)**

Zu Buchstabe a

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hätte eine Streichung des Merkmals „fachübergreifend“ als Einrichtungsvoraussetzung für ein Medizinisches Versorgungszentrum in § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V begrüßt. Die Streichung hätte zu erheblichen Erleichterungen bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren geführt, da das Tatbestandsmerkmal „fachübergreifend“ bislang zahlreiche rechtliche Auslegungsfragen beinhaltet hat. Im Übrigen hat das Erfordernis der fachübergreifenden Leistungserbringung in der Praxis zu nicht immer sinnvollen Kombinationen von Fachgebieten geführt. Es ist aber anzuerkennen, dass durch die nunmehr vorgesehene Konkretisierung des Merkmals „fachübergreifend“ zumindest einige der bislang in der Praxis bestehenden Probleme gelöst werden dürften.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt, dass die Möglichkeit der kooperativen Leitung eines Medizinischen Versorgungszentrums eingeräumt wird, wenn dort Angehörige verschiedener Berufe tätig sind, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die kooperative Leitung eines Medizinischen Versorgungszentrums sollte aber wie bisher immer möglich sein und nicht nur in Fällen, in denen dort unterschiedliche an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Berufszweige vertreten sind. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schlägt daher zur Klarstellung folgende Formulierung des neu einzufügenden § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V vor:

*„Eine kooperative Leitung ist auch dann möglich, wenn in einem Medizinischen Versorgungszentrum Angehörige verschiedener an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Berufe tätig sind.“*

#### Zu Buchstabe b

Die haftungsrechtliche Gleichstellung von Medizinischen Versorgungszentren mit Vertragsärzten, die als Einzelpersonen oder als Gesamthand in einer Berufsausübungsgemeinschaft auch nach Beendigung ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit gegenüber Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen mit ihrem Privatvermögen haften, ist aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft grundsätzlich nachvollziehbar. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt allerdings die Streichung des im Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vorgesehenen § 106 b SGB V, da durch diesen Regelungsvorschlag im Gesellschaftsrecht bestehende Haftungsbeschränkungen auf das Gesellschaftsvermögen ausgehebelt worden wären.

Im Regierungsentwurf ist jedoch nunmehr statt dessen als Voraussetzung für die Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts vorgesehen, dass die Gesellschafter eine selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen abgeben, die auch für Forderungen gilt, die erst nach der Auflösung des Medizinischen Versorgungszentrums fällig werden.

Aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist bei diesem Regelungsvorschlag zu bedenken, dass in den Fällen, in denen als gemeinnützig anerkannte Krankenhäuser Träger von Medizinischen Versorgungszentren sind, die Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung mit großen Risiken für den Status des Krankenhauses als gemeinnützige Einrichtung verbunden sein kann. Spätestens die Inanspruchnahme der Bürgschaft könnte zu einer satzungswidrigen Mittelverwendung führen, die für den Krankenhausträger die Aberkennung der Gemeinnützigkeit durch die Finanzbehörden zur Folge hätte. Diese Gefahr dürfte jedenfalls dann bestehen, wenn dem Medizinischen Versorgungszentrum selbst nicht der Status der Gemeinnützigkeit zuerkannt werden kann. Zu dieser Frage werden derzeit zwar unterschiedliche Auffassungen vertreten. Die oberen Finanzbehörden erkennen Medizinische Versorgungszentren allerdings zunehmend nicht als gemeinnützig an. So wird beispielsweise die Gemeinnützigkeit für Medizinische Versorgungszentren abgelehnt, weil etwaige aus diesem Status resultierende Steuerbegünstigungen zu ungerechtfertigten Wettbewerbsvorteilen gegenüber anderen Medizinischen Versorgungszentren führen könnten. Da die überwiegende Mehrzahl der Krankenhäuser den Status der Gemeinnützigkeit besitzt, dürfte die Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung als Gründungsvoraussetzung für ein Medizinisches Versorgungszentrum in diesem Bereich zu erheblichen Problemen führen.

#### Zu Buchstabe d

Dass Medizinischen Versorgungszentren im Falle des Wegfalls einer Gründungsvoraussetzung vor Entziehung der Zulassung eine Frist von sechs Monaten eingeräumt wird, wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft befürwortet. Dadurch wird insbesondere für kleinere Medizinische Versorgungszentren die Möglichkeit geschaffen, innerhalb einer angemessenen Frist die Gründungsvoraussetzungen wieder herzustellen.

Im Übrigen lässt der Gesetzentwurf aber die im ursprünglichen ersten Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts vorgesehene Klarstellung vermissen, dass der Wegfall der Gründereigenschaft bei einem Vertragsarzt, der seine Zulassung auf ein Medizinisches Versorgungszentrum überträgt und als Angestellter in dieses eintritt, nicht den Entzug der Zulassung für das Medizinische Versorgungszentrum nach sich ziehen muss. Im ersten Arbeitsentwurf war folgende Ergänzung am Ende des § 95 Abs. 6 Satz 2 SGB V vorgesehen:

*„dies gilt nicht in den Fällen des § 95 Abs. 7 Satz 3 und des § 103 Abs. 4 a Satz 1, solange der Arzt seinen Geschäftsanteil nicht an einen nicht gründerberechtigten Dritten überträgt.“*

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft befürwortet die Aufnahme dieser Klarstellung in den Gesetzentwurf, da ansonsten eine von den Vertragspartnern oftmals erwünschte Kooperation auch auf Gesellschafterebene für den ins Medizinische Versorgungszentrum eintretenden und damit ehemaligen Vertragsarzt unmöglich wäre.

#### **Zu Nummer 14 (§ 140 d SGB V)**

Die Finanzierung der Leistungen im Rahmen der Integrationsversorgung muss langfristig auf eine neue Grundlage gestellt werden. Die Aufbringung der Mittel über die von Krankenhäusern und Vertragsärzten zu tragende Umlage führt zur Unterfinanzierung der im Regelsystem zu erbringenden Leistungen und ist kein zukunftsfähiger Weg. Vielmehr muss eine eigene Finanzierungsquelle geschaffen werden, die nicht aus bereits erwirtschafteten Vergütungen gespeist wird.

Unter dieser Prämisse ist die vorgesehene eng befristete Verlängerung der Anschubfinanzierung um ein Jahr als Übergangslösung vertretbar. Gleichzeitig müssen jedoch auch die aufgetretenen Hindernisse in der Umsetzung der integrierten Versorgung wie folgt beseitigt werden:

- Die Regelung des § 140 a Abs. 4 Satz 3 SGB V muss dahingehend geändert werden, dass die Berechtigung der Krankenhäuser zur ambulanten Leistungserbringung unabhängig vom jeweiligen Ermächtigungsstatus unmittelbar durch Vertragsabschluss ermöglicht wird.
- Es muss sichergestellt werden, dass die Finanzmittel der Anschubfinanzierung nur zur Vergütung von Leistungen dienen, die dem medizinischen Ziel einer integrierten Versorgung entsprechen.
- Die Registrierungsstelle nebst ihrer Prüf- und Auskunftspflichten ist verbindlich im Gesetz zu verankern.
- Im Sinne einer Verbesserung der Transparenz müssen die vertragsschließenden Krankenkassen zu einem jährlichen Verwendungsnachweis der Anschubfinanzierung gegenüber der Registrierungsstelle im Rahmen des Melde- und Auskunftsverfahrens verpflichtet werden.
- In die Anschubfinanzierung müssen weitere Leistungserbringer, die berechnete Vertragspartner von integrierten Versorgungsverträgen nach § 140 b SGB V sein können und de facto schon sind, einbezogen werden.

- Steuerliche Belastungen und Benachteiligungen von Kooperationen und integrierter Zusammenarbeit müssen beseitigt werden.
- Bezüglich der einbehaltenen und verwendeten Mittel müssen zum einen für den zurückliegenden Zeitraum Anfang 2004 bis Ende 2006, zum anderen für den vorgesehenen Zeitraum der Verlängerung der Anschubfinanzierung klare Abrechnungsregelungen für Krankenkassen gegenüber Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen werden.

### **Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**

Eine Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes im Zusammenhang mit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung ist nicht erforderlich. Die entsprechende Regelung sollte daher ersatzlos aus dem Gesetzentwurf gestrichen werden.

Nach § 4 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG sind wegfallende Leistungen bereits budgetmindernd zu berücksichtigen. Darunter würden ab dem Jahr 2008 infolge der im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Änderung des § 140 d Abs. 4 SGB V auch Leistungen der integrierten Versorgung fallen, die nicht mehr über das Krankenhausbudget finanziert werden. Es bedarf daher keiner Sonderregelung zur Ausgliederung von Leistungen der integrierten Versorgung, wie sie derzeit vorgesehen ist.

Darüber hinaus weist die bestehende Regelung nach § 4 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG weniger Konfliktpotenzial auf, da bei deren Anwendung nicht noch gesondert über die bisher im Ausgangswert enthaltenen Kosten für Leistungen der Integrationsversorgung verhandelt werden muss.

### **Zu Artikel 5 (Änderung der Zulassungsverordnung für Ärzte)**

#### **Zu Nummer 6 (§ 20 Abs. 2 Ärzte-ZV)**

Durch die Ergänzung in § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV wird klargestellt, dass ein Vertragsarzt über die bereits von der Rechtsprechung anerkannten Fälle hinaus in einem Krankenhaus tätig sein oder mit einem Krankenhaus kooperieren kann. Gleichzeitig wird durch die Änderung laut Begründung klargestellt, dass ein Arzt als Angestellter gleichzeitig in einem Krankenhaus und in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig sein kann. Diese Ergänzung wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausdrücklich begrüßt, da Blockadehaltungen gegenüber Kooperationen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern eine eindeutige Gesetzesregelung gegenüberstehen würde.

Um Auslegungsschwierigkeiten vorzubeugen, die sich bereits jetzt auf Landesebene im Hinblick auf den zulässigen Umfang der neben der vertragsärztlichen Tätigkeit ausgeübten anderweitigen Tätigkeit abzeichnen, muss allerdings das Verhältnis von § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV zum neu eingefügten § 19 a Abs. 1 Ärzte-ZV sowie zu § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV eindeutig klargestellt werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schlägt hierzu jeweils folgende Ergänzung in den §§ 19 a Abs. 1, 20 Abs. 1 Ärzte-ZV vor:

*„§ 20 Abs. 2 bleibt unberührt.“*

Ohne eine solche Klarstellung würde die Festlegung des zulässigen Umfangs der Nebentätigkeit eines Vertragsarztes auf die aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 20 Ärzte-ZV resultierenden 13 Stunden zementiert. Es würde zwar die grundsätzliche Vereinbarkeit von Nebentätigkeiten mit der vertragsärztlichen Tätigkeit klar geregelt, die zeitliche Beschränkung von Nebentätigkeiten eines Vertragsarztes aber nach wie vor aufrecht erhalten werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft befürwortet in diesem Zusammenhang weitergehende Beschäftigungsmöglichkeiten für Vertragsärzte, um sektorenübergreifende Kooperationen zu ermöglichen. Im Übrigen stünde die vorgeschlagene Ergänzung auch nicht in Widerspruch zur Begründung der Änderung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV im vorgelegten Gesetzentwurf, die offensichtlich die gleiche Intention hat.

#### **Zu Nummer 7 (§ 24 Ärzte-ZV)**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt die vorgesehene Möglichkeit, über den Vertragsarztsitz hinaus tätig zu werden, weil dadurch dem insbesondere in den neuen Bundesländern bestehenden Versorgungsbedarf auch von Medizinischen Versorgungszentren besser Rechnung getragen werden kann.

#### **Zu Nummer 11 (§ 33 Ärzte-ZV)**

Zu Buchstabe b

Die in § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV vorgesehene Möglichkeit für Medizinische Versorgungszentren, örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit anderen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern bilden zu können, wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausdrücklich begrüßt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sieht darüber hinaus als positiv an, dass für Medizinische Versorgungszentren in diesem Zusammenhang auch die Möglichkeit eröffnet wird, Zweigniederlassungen zu gründen. Allerdings darf die nunmehr vorgesehene Einschränkung, dass die Versorgungspräsenz am Vertragsarztsitz im erforderlichen Umfang gewährleistet sein muss, nicht dazu führen, dass die Bildung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften blockiert wird.

#### **Zu Artikel 6 (Änderungen der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)**

Die vorstehenden Ausführungen zu Artikel 5 des Gesetzentwurfes gelten gleichsam auch für Artikel 6 des Gesetzentwurfes.

### C) Weiterer Änderungsbedarf

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sieht im Übrigen folgenden über den vorgelegten Gesetzentwurf hinausgehenden Änderungsbedarf, der überwiegend im unmittelbaren Regelungszusammenhang zum Regierungsentwurf steht:

1. Aus § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V („als Angestellte oder Vertragsärzte tätig“) könnte abgeleitet werden, dass für einen im Krankenhaus angestellten Arzt, der zugleich in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig werden soll, ein weiteres Anstellungsverhältnis mit dem Medizinischen Versorgungszentrum begründet werden muss, wenn das Medizinische Versorgungszentrum einen eigenen, vom Krankenhaus verschiedenen Rechtsträger hat. Der damit verbundene bürokratische Aufwand (u.a. Änderung bestehender und Abschluss zusätzlicher Arbeitsverträge, zweite Steuerkarte) könnte durch eine Arbeitnehmerüberlassung vermieden werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schlägt daher folgende Ergänzung in § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V vor:

*„Die Begründung eines weiteren Arbeitsverhältnisses mit dem Medizinischen Versorgungszentrum ist verzichtbar, sofern der Zulassungsausschuss anstelle des Arbeitsverhältnisses die Arbeitnehmerüberlassung vom Krankenhaus an das Medizinische Versorgungszentrum arztbezogen genehmigt.“*

2. Darüber hinaus fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft, in den §§ 116 SGB V sowie 31 und 31 a Ärzte-ZV neben der persönlichen Ermächtigung der Krankenhausärzte zumindest **gleichrangig** die institutionelle Ermächtigung von Krankenhäusern vorzusehen.

Die Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte hat Krankenhäusern und ärztlich geleiteten Einrichtungen zunehmend die Möglichkeit eingeräumt, gleichrangig mit dem vertragsärztlichen Bereich an der ambulanten Versorgung von Versicherten teilzunehmen. Beispielhaft zu nennen sind hier das ambulante Operieren gemäß § 115 b SGB V sowie die Möglichkeiten gemäß §§ 116 a (Unterversorgung) und 116 b SGB V (hochspezialisierte Leistungen). In allen Vorschriften stehen die institutionellen Zulassungen bzw. Ermächtigungen im Vordergrund. Die §§ 116 SGB V sowie 31 und 31 a Ärzte-ZV sehen hingegen entweder gar keine Möglichkeit der institutionellen Ermächtigung oder aber eine nachrangige und daher kaum zum Tragen kommende Ermächtigung vor. Die historisch bedingt arztbezogenen Ermächtigungen passen nicht mehr zu einem modernen Verständnis vom Unternehmen Krankenhaus, in dem Ärzte – auch Chefärzte – Angestellte des Krankenhauses sind. Soweit es um das Spezialwissen dieser Ärzte bzw. um besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geht, kann auch der Krankenhaussträger sicherstellen, dass nur solche Ärzte in den Ambulanzen zum Einsatz kommen, die über entsprechende Qualifikationen verfügen.

Im Übrigen würden hierdurch steuerrechtliche Implikationen vermieden werden, die die Gestellung der Infrastruktur an den Arzt und das dadurch bedingte Nutzungsentgelt als steuerpflichtigen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb einordnen. Hierauf hat das Finanzministerium NRW – bundesweit abgestimmt – mit Schreiben vom 09. März 2005 hingewiesen. Nicht nur, dass durch diese Konstruktion



unnötiger Weise Ertragsteuern anfallen, die bei einer Leistungserbringung über eine Institutsambulanz vermieden würden. Hinzu kommt noch der erhebliche administrative Aufwand der Krankenhausverwaltung die jeweilige Kostensituation der einzelnen Chefarztambulanz detailliert gegenüber der Finanzverwaltung nachzuweisen, um den ertragsteuerpflichtigen Erlös darzustellen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schlägt daher folgende Änderungen der §§ 116 SGB V sowie 31 und 31 a Ärzte-ZV vor:

**„§ 116 SGB V**

**Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte *oder* ärztlich geleitete Einrichtungen**

*Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung **oder** ärztlich geleitete Einrichtungen können vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Krankenhausärzte bedürfen der Zustimmung des Krankenhausträgers. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird.*

**§ 31 Abs. 1 Ärzte-ZV**

*Die Zulassungsausschüsse können über den Kreis der zugelassenen Ärzte hinaus weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, oder ärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um*

- a) eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder*
- b) einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes.*

**Die institutionelle Ermächtigung von Einrichtungen ist der persönlichen Ermächtigung von Ärzten gleichgestellt.**

**§ 31 a Ärzte-ZV**

*Die Zulassungsausschüsse können Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung **oder** ärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigen. Krankenhausärzte bedürfen der Zustimmung des Krankenhausträgers. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird.*

3. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft weist ergänzend darauf hin, dass in § 19 Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 KHEntgG eine redaktionelle Klarstellung vorgenommen werden muss, dass die Vorgaben für die Kostenerstattung der Ärzte für wahlärztliche Leistungen als Folge der mit dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz erfolgten Verlängerung der Konvergenzphase für die Einführung der DRG-Fallpauschalen bis zum Ende der Konvergenzphase verlängert werden. Nachdem eine entsprechende Klarstellung anhand einer Streichung der bisher in § 19 Abs. 2 KHEntgG genannten Fristen nunmehr im 4. Arbeitsentwurf eines GKV-WSG gestrichen wurde, geht die Deutsche Krankenhausgesellschaft davon aus und hält es für dringend erforderlich, dass eine Klarstellung im VÄndG mit Wirkung ab dem 1. Januar 2007 erfolgt.



Deutsche Psychotherapeutenvereinigung • Am Karlsbad 15 • 10785 Berlin

## Bundesvorstand

Am Karlsbad 15 • 10785 Berlin  
Fon 030/235 00 80 • Fax 030/23 50 09 44  
byst@deutschepsychotherapeutenvereinigung.de  
www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de  
Postbank Berlin  
BLZ 100 100 10 • KTO 0738846104  
Steuer-Nr. 27/624/50651

**(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache**

**0017(1)**

**vom 5.10.2006**

**16. Wahlperiode**

20.09.2006

## Stellungnahme

### zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG)

#### Bundestagsdrucksache 16/2474

Die geplante Liberalisierung des Vertragsarztrechts fördert die freiberufliche Tätigkeit niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten und sie stärkt die Stellung der Psychotherapeuten im Gesundheitswesen. Die vorgesehenen Regelungen sind größtenteils auch geeignet, die Versorgung psychisch kranker Patienten zu verbessern. Einige der im Kabinettsentwurf vorgesehenen Regelungen sehen wir jedoch kritisch und einige Regelungen gehen unseres Erachtens nicht weit genug.

Wir beschränken uns in unserer Stellungnahme auf die Aspekte, die für die psychotherapeutische Versorgung wesentlich sind.

- Positiv bewerten wir die Änderung in § 33 der Ärzte-ZV, die eine gemeinsame und gleichberechtigte Berufsausübung von Ärzten und Psychotherapeuten in einer Berufsausübungsgemeinschaft zulässt. Dies fördert die Bildung interdisziplinärer Behandlungseinheiten.
- Ebenfalls positiv bewerten wir die Klarstellung, dass mit „ärztlicher Leitung“ eines MVZ auch die Leitung durch einen Psychotherapeuten zu verstehen ist (hierzu jedoch einschränkend s. u.).



- Grundsätzlich positiv bewerten wir die flexibleren Möglichkeiten der Anstellung durch die Änderung des § 95 Abs. 9 und der daraus folgenden Änderung der Zulassungsverordnung. Die numerisch nicht mehr begrenzte Anzahl von Anstellungsverhältnissen und die Aufhebung der Fachgebietsidentität (in Gebieten ohne Zulassungsbeschränkung) in Verbindung mit den erweiterten Möglichkeiten für zugelassene Leistungserbringer, in verschiedenen Berufsausübungsgemeinschaften tätig sein zu können, fördert die Bildung flexiblerer Praxisstrukturen. Allerdings gelten die Vorteile der flexibleren Anstellungsmöglichkeiten nur einseitig für Vertragsärzte, solange eine Vorschrift in den Berufsordnungen der Ärzte die Anstellung eines Arztes nur dann erlaubt, wenn die Berufsausübungsgemeinschaft von einem Arzt geleitet wird. Dies wird dazu führen, dass Ärzte zwar Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anstellen können, nicht jedoch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Ärzte. Aus unserer Sicht verzerrt diese Bestimmung den Wettbewerb zu Lasten der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Das VÄndG sollte eine Lösung vorsehen, die gleichrangige wettbewerbliche Bedingungen sicher stellt.
- Positiv bewerten wir die überfällige Abschaffung des sog. „Ostabschlags“ bei den Privathonoraren durch die Aufhebung der sechsten Gebührenanpassungsverordnung

**Nachfolgend schlagen wir Ergänzungen zum VÄndG vor, die für die psychotherapeutische Versorgung wesentlich sind:**

**1. Leitung eines MVZ durch einen Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Leitung eines MVZ durch einen Psychotherapeuten nur in Kooperation mit einem Arzt möglich sein soll, wenn in diesem MVZ Ärzte und Psychotherapeuten tätig sind. Das gleiche gilt für MVZs, in denen Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig sind. Da dies zwei Berufe sind, wäre auch hier nach dem Gesetzentwurf nur eine kooperative Leitung möglich. Ganz im Sinne des Ziels der Liberalisierung des Vertragsarztrechts sollte es jedem MVZ überlassen bleiben, von welchem der dort tätigen zugelassenen Leistungserbringer es geleitet wird. Die Ersetzung der Bestimmung „ärztliche Leitung“ durch die Bestimmung „Leitung durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer“ würde dem Rechnung tragen.





## 2. Zulassungen mit einem hälftigen Versorgungsauftrag

Das Ziel einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und eines gestuften Ausstiegs aus dem Berufsleben lässt sich unseres Erachtens auch mit den liberalisierten Anstellungsbedingungen und zum Teil mit Jobsharing<sup>1</sup> erreichen. Zum Ausgleich einer reduzierten Praxistätigkeit wegen Kindererziehung steht im Übrigen auch die Möglichkeit der Entlastungsassistenz zur Verfügung.

Zulassungen mit hälftigem Versorgungsauftrag ziehen folgende Probleme nach sich:

- Die Nachbesetzung „halber Praxissitze“, die bisher leistungsmäßig nicht ausgefüllt waren, führen zu einer Leistungsausweitung, deren Finanzierung zu Lasten der Ärzte und Psychotherapeuten geht.
- Die im Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit, parallel angestellt und niedergelassen tätig zu sein, in Verbindung mit der Aufhebung des Verbots der Interessenskollision, wird dazu führen, dass kapitalkräftige Träger stationärer Einrichtungen halbe Praxissitze aufkaufen und damit Leistungen in den ambulanten Bereich auslagern. Patientenzuweisungen nach Belegungsgesichtspunkten wären wahrscheinlich und der bisher hoch gehaltene Grundsatz der freien Arzt- oder Psychotherapeutenwahl wäre aufgehoben. Eine solchermaßen mögliche Auslagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich verzerrt außerdem den Wettbewerb zugunsten der Träger stationärer Einrichtungen, denn der umgekehrte Weg einer Verlagerung ambulanter Tätigkeit in eine stationäre Einrichtung ist ohne den Willen einer Einrichtung, entsprechende Arbeitsverträge anzubieten, nicht möglich. Wenn Teilzulassungen politisch gewollt sind, sollte wenigstens am Grundsatz der Ungeeignetheit bei Interessenskollision festgehalten werden.

## 3. Mindestversorgungsanteil in § 101 Abs. 4 SGB V für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

In Zusammenhang mit den Vorschlägen zur Verbesserung der Versorgungssituation besonders in unterversorgten Regionen, halten wir eine gezielte Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher für notwendig.

Die große Lücke zwischen Bedarf und Angebot führt zu Wartezeiten auf einen freien Therapieplatz von mehreren Monaten bis über ein Jahr. Für Eltern und Kinder ist es in manchen

---

<sup>1</sup> Jobsharing ist allerdings mit der sehr restriktiven Festlegung auf einen nur geringfügig erhöhten Leistungsumfang für solche Praxen unattraktiv, die – oft aus nachvollziehbaren Gründen, z. B. Alter, lange Krankheit – ein geringes Abrechnungsvolumen ausweisen. Verbesserte Möglichkeiten einer Erhöhung des Volumens in solchen Fällen wären notwendig.



Regionen so gut wie ausgeschlossen, überhaupt einen freien Therapieplatz zu finden. So waren nach dem Bundesarztregister Ende 2002 im Bereich der ehemaligen KV Trier lediglich 6 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassen, im Saarland 13, in Sachsen-Anhalt 2, in Mecklenburg-Vorpommern 6, in Thüringen 8, in Brandenburg 15 usw. Die bundesweit ca. 550 ambulant tätigen Kinder- und Jugendpsychiater tragen zur Entlastung nicht wesentlich bei.

Die Probleme können durch Sonderbedarfszulassungen nicht angemessen geregelt werden, weil die Anwendung der Möglichkeit der Sonderbedarfszulassung regional zu unterschiedlich ist und von den jeweiligen Interessen der nach der Versorgungslage befragten Leistungserbringer abhängt.

Auch die geplante Möglichkeit der Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs durch den Landesausschuss und die Einrichtung gemeinsam finanzierter Sicherstellungszuschläge ist aus unserer Sicht keine hinreichende Maßnahme, wirksame Abhilfe zu schaffen. Aller Voraussicht nach wird angesichts des knappen Geldes nur wenig Bereitschaft bestehen, kostenträchtige zusätzliche lokale Versorgungslücken festzustellen.

Wir schlagen demgegenüber vor, § 101 Abs. 4 SGB V so zu ändern, dass die am 31.12.2008 auslaufende Regelung zur Sicherung eines bestimmten Versorgungsanteils für ärztliche Psychotherapeuten abgelöst wird durch eine 20%-ige Quote für *Leistungserbringer*, die sich verpflichten, mindestens überwiegend (bzw. ausschließlich – was noch zu klären wäre) Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch zu behandeln. Dies sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten, die zusätzlich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten approbiert sind oder eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung besitzen, sowie ärztliche Psychotherapeuten, die über die entsprechende Abrechnungsgenehmigung verfügen. Es wäre sachgerecht und würde dem Ziel der Verbesserung der Versorgung dienen, wenn jeder Psychotherapeut, der die entsprechende Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen besitzt und die dauerhafte Verpflichtungserklärung zur Beschränkung auf diesen Bereich eingeht, die Quotenregelung in Anspruch nehmen könnte.

Nach der Systematik der Bedarfsplanung ginge dies nicht zu Lasten der Sitze der Psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten und würde damit auch nicht Versorgungsprobleme im Erwachsenenbereich verschärfen. Nach Berechnungen der KBV könnten mit einer solchen Mindestquote zusätzlich ca. 800 Sitze geschaffen werden, die im Übrigen gerade in stark unterversorgten Gebieten Entlastung bringen würden. Da die Sicherstellung einer angemessenen Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ebenso wie die Familienpolitik



eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, dürfen die zusätzlich benötigten Mittel nicht der Gesamtvergütung entzogen und damit den Ärzten und Psychotherapeuten aufgebürdet werden.

Die zusätzlich benötigten Mittel würden maximal 100 Mio. Euro betragen (800 Psychotherapeuten, Maximalumsatz 130.000 €), wenn jeder zusätzliche Behandler voll ausgelastet wäre (36 Sitzungen genehmigungspflichtige Psychotherapie, 51 Std. Arbeitszeit pro Woche). Weil die Behandlungszeiten wegen der Schulpflicht und den Schulferien eingeeengt sind, ist dies jedoch sehr unwahrscheinlich. Eher ist von durchschnittlich 25 Sitzungen Psychotherapie auszugehen, demnach von ca. 70 Mio. Euro im Jahr.

In diesem Zusammenhang wenden wir uns in aller Deutlichkeit gegen die vom deutschen Ärztetag beschlossene Initiative ärztlicher Berufsgruppen, die 40%-Quote über das Jahr 2008 hinaus zu verlängern. Sie war mit dem Psychotherapeutengesetz in der Übergangsphase als „Schutzregelung“ für ärztliche Psychotherapeuten eingeführt worden, einen Mindestversorgungsanteil von 40% aller Psychotherapeutensitze ausfüllen zu können. Weder hat die Regelung (nach nunmehr 8 Jahren) zum erwünschten Ergebnis geführt, noch hat sich die Versorgung verbessert. Im Gegenteil führt die Regelung dazu, dass in bereits mit Psychologischen Psychotherapeuten überversorgten (attraktiven) Gebieten, z. B. in Universitätsstädten, ärztliche Psychotherapeuten in erheblicher Zahl hinzukommen können. Demgegenüber bleiben Sitze in schlecht versorgten Gebieten, z. B. in Ostdeutschland, unbesetzt.

Nicht die Verbesserung der Versorgung einer bestimmten Berufsgruppe sollte das Ziel sein, sondern die Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung.

#### **4. Präzisierung der gesetzlichen Bestimmung zur Praxisgebühr in § 28 Abs. 4 SGB V**

In Zusammenhang mit dem Änderungsvorschlag beim Einzug der Praxisgebühr (§ 43b SGB V) ist eine Klarstellung in § 28 Abs. 4 SGB V dahingehend dringend erforderlich, dass die Praxisgebühr nur ein Mal anfällt, wenn der Patient in einem Quartal sowohl einen Arzt als auch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (in diesen Fällen bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben) aufsucht. Obwohl anscheinend der Gesetzgeber dies genau so gesehen hatte, hat die bisherige Formulierung („...eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers...“) nicht zur notwendigen Klarheit geführt. So konnte lediglich vorübergehend mit einer Protokollnotiz zum Bundesmantelvertrag abgewendet werden, dass Patienten die Praxisgebühr zwei Mal zu bezahlen haben, wenn sie in einem





Quartal einen Arzt und einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufsuchen.

Würde sich die Ansicht durchsetzen, dass die Praxisgebühr jeweils beim Arzt *und* beim Psychologischen Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu entrichten ist, wäre dies auch eine Schlechterstellung und Diskriminierung der Patienten, die einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufsuchen gegenüber Patienten, die einen ärztlichen Psychotherapeuten aufsuchen.





Berlin, im Oktober 2006  
Stellungnahme Nr.53/2006  
abrufbar unter [www.anwaltverein.de](http://www.anwaltverein.de)

## **Stellungnahme des Deutschen Anwaltvereins**

**durch den Medizinrechtsausschuss**

**zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und  
anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG)**

**(BT-Drs 16/2474)**

Mitglieder des Medizinrechtsausschusses:

Rechtsanwalt Dr. Bernd Luxenburger (Vorsitzender)  
Rechtsanwalt Rainer Beeretz  
Rechtsanwalt Dr. Franz-Josef Dahm  
Rechtsanwalt Dr. Karl-Heinz Möller  
Rechtsanwalt Reinhold Preißler  
Rechtsanwalt Dr. Rudolf Ratzel  
Rechtsanwalt Arno Schubach  
Rechtsanwalt Christoph Stegers

zuständige DAV-Geschäftsführerin:

Rechtsanwältin Angelika Rüstow

## Verteiler:

- Bundesministerium der Justiz
- Bundesministerium für Gesundheit
- 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
- PDS-Fraktion im Deutschen Bundestag
- Rechtsausschuss des Bundesrates
- Ministerium für Gesundheit und Soziales der Länder
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Bundesärztekammer
- AG leitende Medizinalbeamte der Länder
- NJW
- MedizinRecht
- Gesundheitsrecht (Zeitschrift von Otto Schmidt)
- Ärztezeitung
- Bundesverband der Freien Berufe
- Bundesgerichtshof, Bibliothek
- Vorstand des DAV
- Landesverbände des DAV
- Vorsitzende der Gesetzgebungsausschüsse des DAV
- Geschäftsführender Ausschuss der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht
- Deutscher Richterbund
- Deutscher Steuerberaterverband
- Vorsitzende des FORUM Junge Anwaltschaft
- Bundesrechtsanwaltskammer
- Deutscher Juristinnenbund
- Dr. Engelmann, Vorsitzender 6. Senat BSG

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.

1. Soweit die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates die vorgeschlagene Inbezugnahme auf eine Kompatibilität mit Landesrecht ablehnt (§ 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V, § 24 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV, § 33 Abs. 3 Satz 5 Ärzte-ZV, § 24 Abs. 3 Satz 1 Zahnärzte-ZV und § 33 Abs. 3 Satz 5 Zahnärzte-ZV), hält der Medizinrechtsausschuss des DAV daran fest, dass dem Bund insoweit die Gesetzgebungskompetenz fehlt. Der Verweis in der Entwurfsbegründung auf Art. 72 Abs. 2 GG (Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse und Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit, S.17 III. 1. und S. 31 zu Nummer 11 -§ 33-) übersieht nämlich, dass Art. 72 Abs. 2 GG im Zuge der Föderalismusreform geändert worden ist. In der neuen Fassung von § 72 Abs. 2 GG (BGBl. 2006 (I) 2034 vom 31. 8. 2006) bezieht sich das Gesetzgebungsrecht des Bundes im Rahmen der Gesetzgebungsmaterien in Art. 74 GG mit der Zielsetzung des Art. 72 Abs. 2 GG nur noch auf die enumerativ in der Neufassung aufgeführten Sachgebiete. Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG gehört nicht dazu. Auf diese Einschränkung des Anwendungsbereichs der Erforderlichkeitsklausel in Art. 72 Abs. 2 GG (neu) hat die Bundesregierung mit Drucksache 651/06 vom 4. 9. 2006 hingewiesen. Siehe hierzu auch das Föderalismusreform-Begleitgesetz (BGBl. 2006 (I) 2098 vom 11.9.2006). Der Vorrang der Länderkompetenz im Rahmen der originären Berufsausübung ohne sozialversicherungsrechtliche Ausgestaltung bleibt daher unberührt. Insofern ist die Formulierung in der Gegenäußerung der Bundesregierung, diese Änderungen würden nur den vertragsärztlichen Bereich betreffen und eventuelle Zulässigkeitshindernisse unberührt lassen, irreführend. Der „Vertragsarzt“ ist kein eigenständiger Beruf. Der Kompetenztitel in Art. 74 Abs.1 Nr. 12 GG trägt nur dort, wo spezielle sozialversicherungsrechtliche Ziele, wie etwa die Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit berührt sind, nicht aber im Bereich der reinen Berufsausübung.

2. Soweit der Bundesrat seine Kritik bezüglich der KV-Bezirkübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft nur auf Zahnärzte bezogen hat, ist dies in der Tat unglücklich. Wäre auch nur das gemeint, hätte die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung wohl recht. Die vom Bundesrat angeführten Gründe gegen die Zulässigkeit einer KV-Bezirkübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft sind aber nicht nur für Zahnärzte, sondern auch für Ärzte zutreffend (siehe auch BSG, Urt.v. 16.7. 2003 – B 6 KA 34/02 = MedR 2004, 120). Um derartige überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung einzubinden (Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeit, Disziplinarwesen, Plausibilität) bedarf es eines unerhört hohen materialtechnischen und intellektuellen Aufwands, der durch nichts zu rechtfertigen ist. Hier werden nicht unerhebliche Anteile der Gesamtvergütung in die Implementierung weiterer bürokratischer Strukturen fließen. Im übrigen ist es mehr als zweifelhaft, ob die weitgehende Preisgabe des Datenschutzes in § 285 Abs. 3 SGB V i.d.F. d. VÄndG noch mit dem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung vereinbar ist.

**Das Aktionsbündnis  
Deutscher Behindertenverbände**

Sekretariat:

Sozialverband Deutschland (SoVD)

Bundesverband

Stralauer Straße 63

10179 Berlin

Tel.: 030/72 62 22 120

Fax: 030/72 62 22 328

Mail: [gabriele.paffenholz@sovd.de](mailto:gabriele.paffenholz@sovd.de)

Mail: [hans.juergen.leutloff@sovd.de](mailto:hans.juergen.leutloff@sovd.de)

[www.deutscher-behindertenrat.de](http://www.deutscher-behindertenrat.de)

**(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache**

**0017(4)**

**vom 10.10.2006**

**16. Wahlperiode**

**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz-VÄG)**

**I. Vorbemerkung**

Der Deutsche Behindertenrat (DBR) ist kein Dachverband, sondern er wurde als loses Aktionsbündnis einzelner Verbände gegründet. Da er kein selbständiger Verband ist, verfügt der DBR üblicherweise über kein Mandat, die Mitgliedsorganisationen in Anhörungen zu vertreten oder in ihrem Namen Stellungnahmen abzugeben. Da der Gesetzesentwurf wesentliche Änderungen der Patientenbeteiligung nach § 140f SGB V vorsieht und in der Patientenbeteiligungsverordnung der DBR als eine der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten aufgeführt wurde, hat sich der Arbeitsausschuss des DBR bezüglich des Entwurfs eines VÄG auf folgende gemeinsame Stellungnahme verständigt.

Der Deutsche Behindertenrat (DBR) begrüßt, dass die mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes im Januar 2004 eingeführte Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nun auch finanziell abgesichert werden soll. Der DBR unterstützt die Klarstellungen im Gesetzentwurf, mit denen die Beteiligungsrechte der Patientenvertreterinnen und –vertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss gesichert werden sollen. Wir halten diesbezüglich noch weitergehende Regelungen für notwendig. Es ist bedauerlich, dass überhaupt die Notwendigkeit besteht, die Ausübung der bereits in § 140 f SGB V fixierten Rechte von Patientenvertreterinnen und –vertretern zu definieren. Aufgrund spitzfindiger Verfahrensauslegungen ist die Normierung von Selbstverständlichkeiten (wie z.B. das Anwesenheitsrecht bei der Beschlussfassung) jedoch erforderlich.

Grundsätzlich befürwortet der DBR die im Entwurf vorgesehenen Maßnahmen und Instrumente zur Überwindung der Versorgungsengpässe in bestimmten Regionen. Die Regelungen zur Eintreibung der Praxisgebühr lehnen wir ab; Auslegungsschwierigkeiten bzgl. der Begründetheit der Forderung würden damit einseitig auf Patientinnen und Patienten abgewälzt.

## **II. Zu den Regelungen im Einzelnen**

### **1. Artikel 1 SGB V**

- a. § 95 Abs. 3 SGB V in Zusammenhang mit § 19 a Zulassungsverordnung  
Die Klarstellung, dass die Zulassung zur vollzeitigen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit verpflichtet und die Ermöglichung einer Teilzulassung wird begrüßt. Die Erfahrungen zeigen, dass Ärzte bzw. Psychotherapeuten nicht alle Vollzeit tätig sind. Da sie im Rahmen der Bedarfsplanung trotzdem für einen vollen Vertragsarztsitz mitgerechnet werden, ergeben sich in der Praxis hieraus regionale Unterversorgungen. Gleiches gilt, wenn Ärzte trotz einer kassenärztlichen Zulassung überwiegend Privatpatienten behandeln oder nur einen Ausschnitt aus dem ärztlichen Leistungsspektrum abbilden (z. B. Fokussierung auf Naturheilverfahren). Auch hier müssen Möglichkeiten gesucht werden, das reale Versorgungsspektrum in der Bedarfsplanung abzubilden.
- b. § 95 Abs. 7  
Grundsätzlich wird begrüßt, dass die Altersgrenze für Ärzte in den Fällen ärztlicher Unterversorgung aufgegeben wird. Dies sollte jedoch nur als Übergangsregelung gelten. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass ältere Ärztinnen und Ärzte im Einzelnen nach wie vor die körperlichen und fachlichen Anforderungen für eine sachgerechte Behandlung der Patientinnen und Patienten erfüllen können.
- c. § 95 Abs. 9  
Die erweiterten Möglichkeiten zur Anstellung von Ärzten werden begrüßt. Die Anstellung von Ärzten bietet insbesondere jüngeren Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, ohne das Risiko einer Praxisgründung ihren Beruf aufzunehmen und kann damit zur Senkung der regionalen Unterversorgung beitragen.
- d. § 101 ff.

Grundsätzlich wird begrüßt, dass im Gesetzentwurf weitere Instrumente zur Überwindung von Unterversorgungen vorgesehen sind. Allerdings wird vermisst, dass grundsätzliche Probleme der Bedarfsplanung mit dem Gesetzentwurf angegangen werden. So wird beispielsweise in der Begründung von § 105 a zur Recht darauf hingewiesen, dass die Planungsbezirke bislang zu groß sind. Hier werden konkrete Vorgaben benötigt, um eine lokal angemessene Bedarfsplanung künftig zu gewährleisten. Ferner ist zu beklagen, dass sich die Bedarfsplanung bislang nur auf viel zu grob definiert Arztgruppen bezieht. Aus Sicht des DBR ist es erforderlich, dass die Arztgruppen je nach Spezialisierung besser ausdifferenziert werden, da auch dies eine sachgerechtere Bedarfsplanung ermöglichen würde. So sollte festgelegt werden, dass für Ärzte mit einer Schwerpunktbezeichnung in der Regel eigene Verhältniszahlen festgelegt werden und nicht nur für die Ärzte innerhalb eines Fachgebietes. Bislang können derartige Spezialisierungen nur im Rahmen der Sonderbedarfszulassungen berücksichtigt werden, was jedoch im Hinblick auf lokale Egoismen der dort niedergelassenen Leistungserbringer kaum umsetzbar ist.

- e. § 105 a  
Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Die mit der Interessenvertretung von Patienten betrauten Organisationen sollten im Anhörungsverfahren ebenfalls beteiligt werden.
- f. § 140 c  
Die Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung wird begrüßt. Es sollten darüber hinaus Maßnahmen getroffen werden, die dazu beitragen, dass integrierte Versorgungsverträge, die die Versorgung der Versicherten nachweislich verbessern, in anderen KV-Bezirken und von anderen Krankenkassen übernommen werden.
- g. § 140 f.  
Die dort vorgesehenen Änderungen werden seitens des DBR voll umfänglich unterstützt, da sie eine notwendige finanzielle Ausstattung der Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter in den Gremien nach § 140 f erst ermöglichen. Es wird insbesondere begrüßt, dass nunmehr neben der Reisekostenerstattung sowohl die Möglichkeit der Geltendmachung von Verdienstentgang als auch eine pauschale Aufwandsentschädigung für Patientenvertreter ermöglicht wird. Allerdings wird in zwei Punkten seitens des DBR weitergehender Änderungsbedarf gesehen. Zum einen sollte sichergestellt werden, dass die Patientenvertreter in den Gremien nach § 140 f Abs. 3 auch die Sitzungsprotokolle erhalten, da dies bislang unverständlicherweise nicht der Fall ist. Ferner bedarf es einer finanziellen Unterstützung der maßgeblichen Organisationen nach § 140 f für die Koordination des nach § 140 f Abs. 4 Satz 3 vorgeschriebenen aufwändigen Benennungsverfahrens. In einigen Bundesländern kann wegen der fehlenden finanziellen Grundlagen bislang die Patientenbeteiligung nur unzureichend umgesetzt werden. Hier wäre zumindest eine pauschale finanzielle Unterstützung höchst wünschenswert.

## 2. Artikel 4 - Sozialgerichtsgesetz

- a. § 182 a  
Seitens des DBR wird die Einführung des Mahnverfahrens zum Einzug der Praxisgebühr als nicht notwendig angesehen. Zum einen Fehlen Belege dafür, dass es sich größenordnungsmäßig tatsächlich um ein relevantes Problem handelt, das Patienten ohne triftigen Grund die Praxisgebühr nicht bezahlen. Ferner darf es nicht zulasten der Patienten gehen, wenn in der Praxis Unklarheiten bestehen, ob bei einem Arztbesuch die Praxisgebühr bezahlt werden muss oder nicht. Immer wieder kommt es bspw. zu Unklarheiten, ob ein Arztbesuch rein prophylaktischen Zwecken dient oder ob über eine Beratung schon ein Behandlungsbezug besteht. In solchen Fällen ist es nicht gerechtfertigt, dass der Patient im Nachhinein mit einem Mahnbescheid überrascht wird. Vorrang muss aus Sicht des DBR eine klarere Formulierung der Tatbestände in § 28 Abs. 4 Satz 2 SGB V haben.
- b. § 19 Abs. 1  
Aus Sicht des DBR ist es nicht akzeptabel, dass künftig nach einem Mahnverfahren durch ein Sozialgericht ein Strafgeld ohne Vorwarnung des Vorsitzenden verhängt werden darf, wenn der Patient keine triftigen Gründe für das Nichtbezahlen der Praxisgebühr vorbringen kann. Die Regelungen des § 28 Abs. 4 Satz 2 SGB V sind derart kompliziert, dass ein Patient auch nach einem Mahnverfahren darauf hingewiesen werden muss, in welchem Umfang er begründungspflichtig ist. Dies umso mehr, weil im sozialgerichtlichen Verfahren kein Anwaltszwang besteht. Ferner fehlen auch hier Belege dafür, dass ein relevantes Problem in der Praxis aufgetaucht ist.

## 3. Artikel 5 – Zulassungsverordnung

- a. § 20 Abs. 2  
Die Erweiterung der Verzahnungsmöglichkeiten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird begrüßt.
- b. § 24  
Die Erweiterungen der Möglichkeit zur vertragsärztlichen Tätigkeit an weiteren Orten zur Verbesserung der Versorgung werden begrüßt.
- c. § 25  
Die Möglichkeit der Zulassung von Ärzten über 55 Jahren in unterversorgten Gebieten wird begrüßt.
- d. § 33  
Die Erweiterung der Regelungen zur gemeinsamen Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit wird begrüßt, da auf diese Weise eine bessere Verzahnung von unterschiedlichen ärztlichen Leistungen zur Verbesserung der Versorgung möglich wird.
- e. § 36  
Der DBR begrüßt, dass die Einladungsfrist von 2 Wochen für die Patientenvertreter nun verbindlich im Gesetz festgeschrieben ist. Wünschenswert wäre es

darüber hinaus, dass auch in der Zulassungsverordnung verbindlich festgeschrieben wird, dass den Patientenvertretern die Sitzungsprotokolle auszuhändigen sind.

Es kommt teilweise vor, dass Patientenvertreterinnen – und vertreter nur dann zur Sitzung eingeladen werden, wenn auch Verfahrensbeteiligte geladen werden. Sind keine Verfahrensbeteiligten geladen, so wird das Mitberatungsrecht auf Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme reduziert. Daher hält der DBR eine Ergänzung des § 36 für erforderlich, in der festgelegt wird, dass die Patientenvertreterinnen und –vertreter zu allen Sitzungen der Zulassungs- und Berufungsausschüsse zu laden sind, unabhängig davon, ob eine Ladung von Verfahrensbeteiligten stattfindet oder nicht.

f. § 40

Aus Sicht des DBR ist es hingegen unzureichend, dass in der Zulassungsverordnung lediglich ausdrücklich vorgehalten wird, dass die Patientenvertreter "sachdienliche Fragen stellen" dürfen. Das Mitberatungsrecht muss auch die Möglichkeit umfassen, Hinweise zur lokalen Versorgungssituation oder zu medizinischen Zusammenhängen zu geben. Hilfreich wäre insoweit ein Verweis auf die entsprechenden Angaben in der Patientenbeteiligungsverordnung.

g. § 41 Abs. 1

Der DBR begrüßt nachdrücklich, dass nunmehr ausdrücklich festgehalten wird, dass die Patientenvertreterinnen und -vertreter ein Recht auf Anwesenheit bei der Beratung und Beschlussfassung haben. Dieses Recht ist ihnen bislang teilweise verwehrt worden.

h. Grundsätzlich plädiert der DBR darüber hinaus dafür, die sachkundigen Personen als gleichberechtigte Mitglieder der Ausschüsse (allerdings ohne Stimmrecht) anzusehen. Die §§ 34 Abs. 1 und 35 Abs. 1 wären dahingehend zu ändern, dass die Zulassungs- und Berufungsausschüsse aus stimmberechtigten und nicht stimmberechtigten Mitgliedern, und zwar aus je drei Vertretern der Ärzte, Krankenkassen und drei sachkundigen Personen nach § 140 f Abs. 3 SGB V bestehen. Schließlich sind die sachkundigen Personen mehr als bloße Verfahrensbeteiligte. Ihr Recht auf Mitberatung bezieht sich auf alle entscheidungsrelevanten Gesichtspunkte: auf die Antragstellung und die Anwesenheit bei der Beschlussfassung.

Die in den §§ 36, 40 und 41 festgelegten Klarstellungen zum Umfang des Mitberatungsrechts wären damit nicht mehr erforderlich: Als gleichberechtigte Ausschussmitglieder hätten sie selbstverständlich das Recht, bei der Abstimmung und während der gesamten Beratung anwesend zu sein sowie die Sitzungsprotokolle zu erhalten.

i. Barrierefreie Arztpraxen

Der DBR plädiert dafür, die Zulassung von neuen Arztpraxen an das Kriterium Barrierefreiheit der Praxis zu knüpfen.

Barrieren vielfältiger Art erschweren zahlreichen Menschen mit Behinderungen, darunter vielen älteren Menschen, die Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von medizinischen Einrichtungen. Dazu gehören neben physiotherapeutische und psychologische Praxen, Krankenhäuser vor allem auch Arztpraxen.



Fehlende Rampen und Aufzüge sowie vorhandene Stufen machen die Praxen für gehbehinderte Menschen unzugänglich. Äußerst problematisch ist auch, wenn die Toiletten nicht rollstuhlgerecht ausgebaut oder wenn Untersuchungs-  
liegen nicht absenkbar sind. Für blinde und sehbehinderte Menschen fehlt es an  
Leitsystemen und Beschriftungen in Großschrift, so dass es bei der Auffindbar-  
keit von Arztpraxen zu Problemen kommt.

#### **4. Artikel 7 - Zulassungsverordnung Zahnärzte**

§§ 36, 40, 41

Die Ausführungen zur Zulassungsverordnung der Ärzte gelten entsprechend.

Berlin, den 04. Mai 2006

Deutscher Behindertenrat (DBR)

# Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB)

Geschäftsstelle:  
Zermatter Str. 21/23  
28325 Bremen  
Tel.: 0421 4098809  
Mail: [dr.rueggeberg@t-online.de](mailto:dr.rueggeberg@t-online.de)

Deutscher Bundestag  
Ausschuß für Gesundheit  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

14. Oktober 2006

## **Betrifft: Stellungnahme GFB zum VÄG**

Ihre Einladung zur Anhörung des Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts (VändG) kann aus terminlichen Gründen für die GFB nicht durch den Präsidenten persönlich wahrgenommen werden. Die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände wird vertreten werden durch  
**Herrn Dr. med. H.-H Felsing.**

Im Vorfeld der Anhörung komme ich für die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände Ihrer Aufforderung nach, eine Stellungnahme zum Gesetzentwurf abzugeben. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf unsere Stellungnahme im Rahmen der ministerialen Anhörung, die zu einzelnen Änderungen geführt hat. (Anlage)

Nicht gegenüber dem Vorentwurf abgeändert wurde die Verpflichtung des Einzugs der Praxisgebühr durch die Ärzteschaft, bzw. deren Körperschaft. Aus unserer Sicht handelt es unverändert um eine direkte Zuzahlung an die jeweilige Krankenkasse. Insofern muss das Mahnverfahren in die Organisation und Verpflichtung der Krankenkassen fallen. Daran ändert auch nichts die Übertragung der Gerichtskosten auf säumige Zahler gemäß SGG §192, auch wenn dies eine dringend gebotene Entlastung für die Ärzteschaft darstellt.

Im Zusammenhang mit der geplanten Option, bestehende Zulassungen im Umfang zu verringern, möchten wir nochmals dringend anmahnen, dieses nicht ausschließlich im Umfang von 100% oder 50% zu fixieren. Sinn der Regelung soll doch sein, junge Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit zu geben, ohne das Risiko einer eigenen Praxisgründung in das System zu gelangen. Dieses wird in der Realität vorzugsweise in bestehenden Gemeinschaftspraxen erfolgen. In diesen Fällen ist es sinnvoll, wenn alle Partner der Gemeinschaft zu gleichen Teilen einen freiwilligen Zulassungsverzicht aussprechen und die so geschaffene Zulassungsoption ebenfalls den Anteilen der bestehenden Partner entspricht. Das bedeutet bei zwei „Altpartnern“ den Verzicht auf jeweils ein Drittel der Zulassung, so

dass die freiwerdenden zwei Drittel auf den dritten neuen Partner übertragen werden können und im Ergebnis alle den gleichen Zulassungsstatus besitzen. In gleicher Weise wäre bei drei Partner der Verzicht von je 25 % geeignet, dass am Ende alle eine dreiviertel Zulassung besitzen.

Wir empfehlen deshalb eine marginale, aber hilfreiche Veränderung im neuen § 19a Abs 2 der Zulassungsverordnung: „...seinen Versorgungsauftrag **bis zur Hälfte** des Versorgungsauftrags nach Absatz 1 zu beschränken.“ Da der Gesetzgeber eine sehr weit reichende Flexibilisierung des Zulassungsrechts plant, sollte die Umsetzung dieser Anregung, die gerade in zu fördernden Assoziationen zum Tragen käme, keine Schwierigkeit darstellen.

Während für die Fachärzte diese Änderung des Zulassungsrechts ausdrücklich begrüßt wird, sehen wir bei den psychologischen Psychotherapeuten ernsthafte Probleme. Diese Fachgruppe arbeitet anders als die Fachärzte tendenziell nicht in vollem Umfang ihrer Zulassung. Häufig bestehen Nebentätigkeiten außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, obwohl die Betroffenen über eine volle Zulassung verfügen. Darüber hinaus ist bei den Fachärzten das Honorarvolumen in aller Regel in Fachgruppentöpfen kontingentiert, sodass neu ins System kommende Ärzte keine Honorarabflüsse bei anderen bewirken.

Bei den Psychotherapeuten ist zu befürchten, dass bestehende Vollzulassungen, die sowieso nur halb genutzt werden, in halbe Zulassungen umgewandelt werden und auf den freiwerdenden Zulassungen faktisch neue Leistungen erbracht werden. In Kombination mit der aufgrund geltender Rechtsprechung bezüglich der festen Vergütung psychotherapeutischer Leistung zu Lasten der fachärztlichen Gesamtvergütung wird dies zu massiven Gefahren für die Stabilität der fachärztlichen Honorare führen. Daher fordern wir flankierende Regelungen, um vorhersehbare Mengenausweitungen auf diesem Sektor einzugrenzen.

Ich erlaube mir dazu nochmals aus einer ergänzenden Stellungnahme unseres Präsidiumsmitgliedes Frau Dr. Schaff zu zitieren, die als Vorsitzende des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie subtilen Einblick in diese spezifische Problematik hat:

*„Nach Artikel 5 § 19a (2) ist der „Arzt“ berechtigt seinen Versorgungsauftrag „auf die Hälfte des Versorgungsauftrages zu beschränken“ – Diese Regelung wird grundsätzlich von den psychotherapeutisch tätigen Fachärzten begrüßt, aber welche Konsequenzen ergeben sich, wenn sie auch für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gilt? Bezieht die Formulierung „Arzt“ hier die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit ein? – Dazu ein Beispiel, welche Konsequenzen das haben könnte:*

*Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) nehmen im Bundesdurchschnitt nur ca. 18 Stunden wöchentlich ihren Versorgungsauftrag für die GKV wahr! Trotzdem wollen sie schon bisher wegen „Unterversorgung“ immer wieder „lokalen Sonderbedarf“, d.h. mehr Zulassungen für KJP. Das bisherige durchschnittliche Stundenkontingent lässt vermuten, dass mindestens die Hälfte der KJP in der Zukunft mit einer Teilzulassung, deren Umfang noch nicht für KJP definiert ist, ihr Stundenkontingent abdecken könnte. Wenn nun alle diejenigen, die nicht mehr als z.B. 16-20 Stunden für die GKV abrechnen, eine Teilzeitzulassung nach der vorgesehenen Regelung beantragen und bekommen*

*würden, dann wäre vorstellbar, dass viele jetzt geschlossene Planungsbereiche der PP/KJP wieder für Neuzulassungen der KJP/PP offen wären. Woher käme dann das Geld für die Leistungen dieser Kolleginnen und Kollegen? Müsste das Geld dann wieder aus den Facharzttöpfen fließen? Wird die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen das Gesamthonorar aller Ärzte mindern, wenn die Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag übernehmen sollen und das dafür notwendige Geld der Gesamtvergütung der KVen in Rechnung stellen können? Würde die „Unterversorgung“ mit der Anzahl der geleisteten Stunden der vorhandenen Behandler oder mit der Anzahl der Behandler festgestellt werden?*

*Die psychotherapeutisch tätigen Fachärzte begrüßen zwar grundsätzlich die Einführung von Teilzulassungen, fordern aber vom Gesetzgeber eine gesetzliche Regelung für die zusätzlich entstehenden Kosten für die Richtlinien-Psychotherapie mit gestützten Punktwerten für dadurch möglicherweise neu ins System kommende Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Teilzulassungen. Diese Kosten kann die Ärzteschaft und insbesondere die Fachärzteschaft nicht tragen.“*

Für mündliche Erläuterungen wird Ihnen Herr Dr. Felsing während der Anhörung zur Verfügung stehen.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Gez.  
Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg  
Präsident der GFB

**(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache**

**0017(14)**

**vom 12.10.2006**

**16. Wahlperiode**

## **Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts sowie anderer Gesetze -Stellungnahme -**

### **zu 1. Flexibilisierung und Liberalisierung des Vertragsarztrechtes**

- 1.1. Die Übernahme der Liberalisierung und Flexibilisierung des ärztlichen Berufsrechtes in das Vertragsarztrecht ist zu begrüßen.

Alle Maßnahmen und Instrumente, die bestehende oder sich abzeichnende Versorgungsengpässe abmildern können und hier eine Flexibilisierung der vertragärztlichen Tätigkeit ermöglichen, sind zu begrüßen und entsprechen einer langjährigen Forderung des Hartmannbundes.

Intern ist die Kritik des BMG an der zum Teil erheblichen zeitlichen Verzögerung oder Nichteinhaltung von Fristen seitens der Selbstverwaltung durchaus nachvollziehbar. In der Sache hält der Hartmannbund seine Position einer Ablehnung staatsmedizinischer und dirigistischer Eingriffe, die einen Durchgriff des BMG in Form von direkten Einwirkungsmöglichkeiten oder Ersatzvornahmen darstellen, aufrecht.

- 1.2. Grundsätzliche Möglichkeiten über eine Weiterbildungs- und Entlastungsassistenz sowie Jobsharing hinaus eine individuelle Arbeitszeitgestaltung zuzulassen, werden vom Hartmannbund positiv bewertet.

Sinn macht diese Regelung im Prinzip nur dann, wenn ein Behandlungsauftrag regelmäßig nur von Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinsam durchgeführt werden kann (z.B. Chirurg und Anästhesist). Die in den Abschnitten zwei bis vier angesprochene Erweiterung vertragsärztlicher Tätigkeiten an weiteren Orten, über die Bezirksgrenzen einer kassenärztlichen Vereinigung hinweg sowie die Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit, zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages sind grundsätzlich zu begrüßen.

zu **2. Vertragsärztliche Regelungen zur Abmilderung von regionalen Versorgungsproblemen**

- 2.1. Die Beendigung der derzeit bestehenden Altersgrenze von 55 Jahren für die Erstzulassung, die Verschiebung der Altersgrenze für die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit mit 68 Jahren sowie die zusätzliche Anstellung von Ärzten in unterversorgten Gebieten, soweit dort Versorgungsengpässe bestehen, sind -wenn auch insgesamt Notlösungen-, zu begrüßen. Grundsätzlich plädiert der Hartmannbund dafür, den Arztberuf im Allgemeinen, aber auch durch das gezielte Setzen finanzieller Anreize in betroffenen Regionen, (wieder) attraktiver zu gestalten.
- 2.2. Der in Absatz zwei geforderte Passus, Krankenkassen den Abschluss von Einzelverträgen zu ermöglichen, um Versorgungslücken zu schließen, wird sehr kritisch gesehen. Die Ablehnung von Einzelverträgen durch Krankenkassen ist aus den bekannten Gründen grundsätzlich strikt abzulehnen. Diese Honorarteile werden darüber hinaus der Gesamtvergütung entzogen. Lösung kann vielmehr nur die Umsetzung der HB-Forderung nach einer Kostenerstattung außerhalb der Gesamtvergütung sein.
- 2.3. Der Absatz drei entspricht eine langjährigen Forderung der Hauptversammlung des Hartmannbundes, den Vergütungsabschlag für die neuen Bundesländer aufzuheben.

zu **3. Vertragsärztliche Regelungen bezüglich der Organisation von medizinischen Versorgungszentren**

- 3.1. Hier finden wir in erster Linie eine politisch motivierte Bevorzugung der Krankenhäuser für den Bereich der MVZ. Ansatz ist es nicht, die ambulanten Kooperationsmöglichkeiten zu stärken (da dies über die Formen der Gemeinschaftspraxis auch bisher ausreichende möglich gewesen wäre). Viel mehr verbirgt sich hinter diesem dritten Abschnitt der Versuch der Politik, die von ihr so bezeichnete „doppelte Facharztschiene“ (weiter) auszutrocknen.
- 3.2. Die in den Abschnitten eins bis vier genannten Kriterien bevorzugen insgesamt die Möglichkeiten von Krankenhäusern, in den ambulanten Bereich einzudringen. Insbesondere Absatz vier bedeutet, dass zukünftig ein Krankenhaus(träger) als juristische Person und Gründer eines MVZ Mitglied einer KV sein kann (und hier über die Verteilung der Mittel im ambulanten Bereich mitentscheidet). Dem steht die HB-Forderung des Wettbewerbs unter gleichen Voraussetzungen entgegen.

zu 4. **Anpassung der GMG-Regelungen zur Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems (§§ 85a bis 85d SGB V)**

- 4.1. Die zentrale Forderung des Hartmannbundes ist die einer Kostenerstattung mit sozialverträglicher Selbstbeteiligung. Auf dem Weg dort hin, können feste Punktwerte im Rahmen der Regelleistungsvolumina eine Verbesserung zum bestehenden System der floatenden Punktwerte und ersten Schritt darstellen. Auch eine Verlagerung des Mortalitätsrisikos hin zu den Krankenkassen, ist sachgerecht. Der Passus beschränkt sich jedoch letztlich auf diesbezügliche Absichtserklärungen und eine Verschiebung dieser Schritte nach hinten.
- 4.2. Die Abschnitte drei und vier widersprechen sich insofern, als das Abschnitt drei eine weitgehende Aufhebung bisheriger (artificialer) getrennter „Arztöpfe“ fordert.

Zugleich wird in Abschnitt vier den Hausärzten ein besonderer fester Vergütungsanteil der Honorarverteilung zugestanden. Dies kann lediglich als politischer Kotau an den BDA gewertet werden. Die im letzten Satz geforderte vollständige Pauschalierung der hausärztlichen Tätigkeit wird von den Hausärzten im Hartmannbund klar abgelehnt. (Beispiel: Niemand hätte im Alltag Verständnis dafür, wenn -unabhängig von den tatsächlich erbrachten Leistungen- ein Vertrag mit einer Autowerkstatt jährlich auf Basis einer Pauschale in Höhe von z.B. 500,00 € geschlossen würde.)

zu **5. Professionalisierung der Selbstverwaltung (Bewertungsausschuss) und Verbesserung der Einwirkungsmöglichkeiten des BMG**

- 5.1. Mit diesem Abschnitt setzt sich nahtlos die Tendenz in Richtung Staatsmedizin fort. Nach dem IQWiG strebt das GMG die Gründung eines neuen Institutes an. Dieses Institut soll Leistungen zu Lasten der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen erbringen. Die direkten Zugriffsmöglichkeiten des BMG werden unmittelbar hervorgehoben. Der HB lehnt diesen Ruf nach mehr Staat verbunden mit mehr Bürokratie und neuen Kosten klar ab.

zu **6. Regelungen zum Organisationsrecht der Krankenkassen**

Aus diesem Paragraphen spricht ein großen Misstrauen und auch weitere Regulierungsbemühungen des BMG gegenüber den Krankenkassen. Die ärztlichen Interessen werden hiervon nicht unmittelbar berührt.

zu **7. Sonstige Regelungen**

- 7.1. Die in Abschnitt eins genannte Stärkung hausärztlicher Tätigkeit insbesondere der Lehre in Bereich der Allgemeinmedizin ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Erweiterungen der juristischen Nachverfolgung einer Nichtbegleichung der Praxisgebühr in Absatz drei ist – bei grundsätzlicher Ablehnung des Instrumentes der Praxisgebühr durch den HB- zu befürworten (HB-Forderung: prozentuelle sozialverträgliche Selbstbeteiligung über alle Leistungsbereiche).
- 7.2. Die im Absatz vier genannte Verlängerung der Anschubfinanzierung bei der integrierten Versorgung ist abzulehnen, da sie zu Lasten der Regelversorgung geht. Die IV-Versorgung muss außerhalb der bestehenden Budgets erfolgen.

Eine Angleichung der Gebührensätze von PKV und GKV wird von Hartmannbund in sofern unterstützt, als dass die nichtkostendeckenden GKV-Behandlungssätze den PKV-Sätzen angepasst werden müssen. Aus dem Papier des BMG atmet das ganze Gegenteil: hier sind massive Absenkungen der PKV-Tarife geplant, die entsprechend in toto abzulehnen sind.

Hartmannbund-Verband der Ärzte Deutschlands e.V.  
Schützenstr. 6a 10117 Berlin  
[www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de)  
[hb-info@hartmannbund.de](mailto:hb-info@hartmannbund.de)

## Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum

### Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG)

[Bundestags-Drucksache 16/2474]

#### A. Allgemeines

##### I.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung befürwortet grundsätzlich die vorgesehenen Veränderungen in der Möglichkeit der Berufsausübung für Vertragsärzte sowie die Regelungen, welche die besseren Einzugsmöglichkeiten für die Praxisgebühr betreffen, da das bisherige bürokratische Verfahren die Durchsetzung entsprechender Zahlungsansprüche praktisch lahm legt.

Für die Kassenärztliche Bundesvereinigung stehen im Vordergrund die Regelungen zur Flexibilisierung der Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung. Sie stellen sicherlich – dies hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung auch gefordert – geeignete Lösungen dar, um angesichts der Konkurrenz von Medizinischen Versorgungszentren und zunehmend auch von Krankenhäusern in der ambulanten Versorgung den freiberuflich tätigen Vertragsärzten eine Ausgangslage für einen vor allem in der Qualität der Versorgung liegenden Wettbewerb zu schaffen. Wie sich aus der Einzelstellungnahme ergibt, bedarf es der Anpassung der vorgesehenen Regelungen an das fortbestehende System der Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkung; deshalb sind auch notwendige Ermächtigungen an die Bundesmantelvertragspartner erforderlich, um die entsprechende Implementation neuer Versorgungsstrukturen geordnet voranzubringen.

Dennoch muss die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen grundsätzlichen Vorbehalt zu dem vorgesehenen Gesetzesvorhaben machen. Denn die „Liberalisierung“ des Vertragsarztrechts im Hinblick auf Tätigkeiten an verschiedenen Orten, Anstellung von weiteren Ärzten,



auch solchen einer unterschiedlichen Facharztkompetenz, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften sowohl innerhalb des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung als auch bereichsübergreifend sowie die Möglichkeiten der Teilzulassung und damit verbundene Tätigkeiten in weiteren Bereichen, muss unter dem Blickwinkel gesehen werden, dass nach wie vor eine budgetierte Gesamtvergütung besteht. Auf dieser Grundlage ist eine Steuerung des notwendigen Versorgungsbedarfs nicht möglich, da mit den angebotenen Veränderungen zusätzliche Leistungen an verschiedenen Orten nicht ausgeschlossen werden können. Die Liberalisierung der Vertragsarztstätigkeit und der Tätigkeit von Medizinischen Versorgungszentren muss von einer vernünftigen Vergütungsstruktur begleitet werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert eine solche Vergütungsstruktur schon seit langem. Es geht hierbei nicht nur um die Kalkulierbarkeit des Preises ärztlicher Leistungen für den Vertragsarzt, sondern auch um die Steuerungsfähigkeit des Versorgungssystems. Dies kann nur eine Gebührenordnung mit festen Preisen leisten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann bisher nicht erkennen, dass der Gesetzgeber dem entsprechen will. Wir weisen deshalb ausdrücklich darauf hin, dass wir Zweifel haben, dass die vorgesehene Liberalisierung der Vertragsarztstätigkeit – sofern sie Gesetz wird – in einer der politischen Motivation entsprechenden Weise umgesetzt werden kann. Ohne begleitende passgenaue Vergütungsregelungen geht es nicht.

## II.

Erste Prüfungen des Gesetzentwurfs haben ergeben, dass das Gesetz erhebliche Auswirkungen im Hinblick auf die untergesetzliche Normgebung haben wird. An verschiedenen Stellen des Gesetzentwurfs wird eine entsprechende Ermächtigung an die Vertragspartner der Bundesmantelverträge ausgesprochen. Allein dies ist nicht der erschöpfende Regelungsbedarf. Vielmehr ist es notwendig, in verschiedenen Bereichen mehr oder minder umfangreiche Veränderungen vorzunehmen. Dies betrifft vor allem:

- die Bundesmantelverträge,
- Vereinbarungen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,
- den Einheitlichen Bewertungsmaßstab einschließlich der entsprechenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses, die sich auf Regelleistungsvolumen beziehen,
- die Richtlinien zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und Richtigkeitsprüfung gemäß § 106 Abs. 2b sowie § 106a Abs. 6 SGB V,
- Regelungen über den Datenträgeraustausch,

- Regelungen zur Durchführung der KV-bereichsübergreifenden Berufsausübung im Hinblick auf Abrechnung der Honorare, Richtigkeitsprüfungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätsprüfungen sowie
- Prüfung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu beschließenden Richtlinie über die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung ebenso wie der „Angestellte-Ärzte-Richtlinie“ im Hinblick auf notwendige Veränderungen.

Diese Prüfungen haben ergeben, dass bei einem Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. Januar 2007 entsprechende Normsetzungen nicht leistbar sind. Treten aber die untergesetzlichen Normen nicht rechtzeitig in Kraft, entsteht damit in verschiedener Hinsicht Rechtsunsicherheit.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben deshalb gemeinsam in einem Schreiben an das Bundesministerium für Gesundheit auf diesen Sachverhalt hingewiesen und gefordert, dass die diesen Sachverhalt betreffenden Vorschriften erst zum 1. Juli 2007 in Kraft gesetzt werden (dies betreffe mithin nicht andere Teile des Gesetzentwurfs).

## B. Zum Gesetzentwurf

### I.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat bereits Gelegenheit gehabt, bei der Entwicklung des Referentenentwurfs Hinweise zur Ausgestaltung verschiedener Vorschriften einzubringen, welche auch aufgegriffen worden sind.

### II.

Dessen ungeachtet hält die Kassenärztliche Bundesvereinigung nach wie vor einige Ergänzungen für erforderlich. Dazu gehören:

#### 1. Angestellte Ärzte

- a) Vertragärzte können gleichzeitig auch als angestellter Arzt in einem Krankenhaus arbeiten. Eine gleichzeitige Tätigkeit im Krankenhaus bewirkt keine Un-

geeignetheit für die vertragsärztliche Tätigkeit im Sinne von § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV (vgl. § 20 Abs. 2 –neu- Ärzte-ZV). Damit kann auch die Möglichkeit der „Teilzulassung“ (vgl. dazu nachstehend Nr. 3) für eine entsprechende gleichzeitige Tätigkeit genutzt werden. Die Vorschrift über die ausreichende zeitliche Verfügbarkeit bleibt bestehen (§ 20 Abs. 1 Ärzte-ZV).

#### Stellungnahme:

Die Regelung kann befürwortet werden. Sie wird allerdings zu einer Veränderung der Versorgungsstruktur in der ambulanten Versorgung deshalb führen, weil Träger von Krankenhäusern Krankenhausärzte motivieren können, durch die Zulassung als Vertragsarzt mit Teilauftrag tätig zu werden, um einen unzulässigen Schritt in die Öffnung zur ambulanten Versorgung gehen zu können. Es ist daher zu prüfen, ob die gleichzeitige Ausübung von Tätigkeiten als angestellter Krankenhausarzt und Vertragsarzt (ggf. mit Teilauftrag) – entsprechend auch die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum – i.S. des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV zumindest dann „Ungeeignetheit“ herbeiführt, wenn für die Vertragsarztpraxis des Krankenhausarztes der Krankenhausträger oder der Träger des Medizinischen Versorgungszentrums einen Defizitausgleich vornimmt, so dass eine notwendige wirtschaftlich selbständige Tätigkeit für die Vertragsarztpraxis nicht gegeben sein kann. Die generelle Inkompatibilität zwischen Vertragsarztpraxis und Krankenhausarztpraxis ist bisher stets damit begründet worden, dass Rückwirkungen auf die Arztwahlfreiheit des Versicherten zu befürchten sind. Der Belegarzt, bei dem eine gleichzeitige ambulante und stationäre Versorgung bei demselben Versicherten erlaubt ist, wird als eine Sonderregelung im System der Versorgung angesehen. Im Hinblick auf nicht auszuschließende Interessenkonflikte im einzelnen schlägt die Kassenärztliche Bundesvereinigung – unbeschadet der Zustimmung zur Regelung insgesamt – vor, dass in Art. 5 Nr. 6 = § 20 Ärzte-ZV nach dem vorgesehenen ergänzenden Satz wie folgt ergänzt wird:

„Voraussetzung ist, dass die vertragsärztliche Versorgung am Vertragsarztsitz gewährleistet ist und nach der Art der gleichzeitigen Tätigkeit in einer in Satz 2 genannten Einrichtung nachteilige Auswirkungen auf die Arztwahlfreiheit der Versicherten nicht zu erwarten sind.“

Der Zulassungsausschuss kann zur Sicherung dieser Voraussetzung mit der Zulassung Auflagen verbinden.“

- b) In Entsprechung zu der Regelung über Medizinische Versorgungszentren wird einem Vertragsarzt, der seine Praxis aufgeben will (Verzicht), die rechtliche Möglichkeit eingeräumt, als angestellter Arzt bei einem anderen Vertragsarzt tätig zu werden (Anspruch auf Genehmigung der Anstellung), auch wenn für das Fachgebiet Zulassungsbeschränkungen bestehen. Ebenso in Entsprechung zur Regelung über Medizinische Versorgungszentren wird einem Vertragsarzt gestattet, die Stelle eines angestellten Arztes bei dessen Ausscheiden nachzubeseetzen, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind (§ 103 Abs. 4b –neu- SGB V). Nicht gleichsinnig übernommen ist die für Medizinische Versorgungszentren geltende Regelung (§ 104 Abs. 4a Satz 4 SGB V), wonach ein in einem Medizinischen Versorgungszentrum erstmalig angestellter Arzt nach mindestens fünf Jahren eine Zulassung als Vertragsarzt in dem Planungsbereich erhalten kann, in dem das Medizinische Versorgungszentrum seinen Sitz hat, auch wenn für diesen Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.

Stellungnahme:

Der Anspruch auf Genehmigung einer Anstellung als Arzt in einer Vertragsarztpraxis bei gleichzeitigem Verzicht auf die eigene vertragsärztliche Tätigkeit stellt auch für Vertragsärzte eine Chance dar, in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Gebiet einen Arzt anstellen zu können. Unter dem Aspekt der gleichen Wettbewerbsbedingungen mit Medizinischen Versorgungszentren ist auch die Nachfolgebeseetzungsregelung zu befürworten.

Die für Vertragsärzte mit Blick auf angestellte Ärzte wichtige, aber nicht aus dem Rechtskreis der Medizinischen Versorgungszentren übernommene Regelung, wonach die „erste Generation“ der angestellten Ärzte nach fünf Jahren auf Antrag eine bedarfsunabhängige Zulassung erhält (wobei die freigewordene Arztstelle vom Medizinischen Versorgungszentrum wiederbesetzt werden kann), ist auf Kritik gestoßen. Sie war Gegenstand einer ablehnenden EntschlieÙung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 09.12.2005 gewesen. In dieser Regelung wird eine Möglichkeit der Vermehrung von Arzttätigkeit gesehen, wenn nicht nur ein Nachbesetzungs-

recht, sondern auch zusätzlich die Einbringung der Zulassung des gerade sich niederlassenden Arztes in das Medizinische Versorgungszentrum erfolgt. Eine Gleichstellung von MVZ und Vertragsarztpraxen muss daher auch in diesem Punkt das Ziel sein. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung tritt entsprechend der EntschlieÙung der Vertreterversammlung für die Streichung der Vorschrift des § 103 Abs. 4a Satz 4 SGB V ein.

- c) Die vorgesehene Regelung über die Anstellung von Ärzten in Verbindung mit den Vorschriften der Ärzte-ZV gestattet auch die Möglichkeit, dass ein Vertragsarzt Ärzte einer anderen Facharztkompetenz als derjenigen, welche er selbst innehat, anstellen kann. Dies wirft in verschiedener Hinsicht Fragen auf, die insbesondere auch das Problem betreffen, dass mittels solcher angestellten Ärzte medizinisch-technische Leistungen in die Arztpraxis, welche sie bisher nicht erbringen konnte, einbezogen werden. Es handelt sich um das ähnliche Problem, das § 33 Ärzte-ZV (vgl. Art. 5 Nr. 11 des Gesetzentwurfs) mit möglichen Zusammenschlüssen von „überweisenden“ Ärzten mit solchen Ärzten, welche die „überwiesenen“ medizinisch-technischen Leistungen erbringen, zu Gemeinschaften darstellt, was eine Umgehung auch berufsrechtlicher Verbote der Zuweisung gegen Entgelt darstellen kann. Der Gesetzentwurf sieht dementsprechend in der Vorschrift des § 33 Abs. 3 Ärzte-ZV vor, dass solche Teilgemeinschaften sich nicht auf die Verbindung von Ärzten mit Ärzten, die medizinisch-technische Leistungen erbringen, erstrecken dürfen. Eine ähnliche Konfiguration gibt es – wie zuvor beschrieben – auch für die Vertragsarztpraxis mit angestellten Ärzten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert dementsprechend die Möglichkeit, durch bundesmantelvertragliche Regelungen abzusichern, in welchem Umfang und für welche Patientenprobleme angestellte Ärzte anderer Facharztkompetenz als derjenigen des Fachgebiets des Praxisinhabers in der Vertragsarztpraxis tätig werden dürfen. Es bedürfte daher an geeigneter Stelle eine Ergänzung, die folgendes vorsieht:

„Nähere Regelungen zur Zahl, zu beteiligungsfähigen Fachgebieten sowie zur Art des Zusammenwirkens sind in den Bundesmantelverträgen zu treffen.“

## 2. **Tätigkeit an weiteren Orten** (insbesondere § 24 Ärzte-ZV)

- a) Nach dem maßgeblichen ärztlichen Berufsrecht ist es einem Arzt auch gestattet, in einer weiteren Berufsausübungsgemeinschaft – entweder als daneben grundsätzlich am Vertragsarztsitz tätiger Vertragsarzt oder als Mitglied einer zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Berufsausübungsgemeinschaft – tätig zu werden. Diese Möglichkeit sollte für die vertragsärztliche Versorgung nicht eingeschränkt werden. Vertragsarztrechtlich ist dieser Fall zu behandeln wie eine „Zweigpraxis“. Es bedarf deshalb der Ergänzung des § 24 Ärzte-ZV (Art. 5 Nr. 7 VÄndG = § 24 Ärzte-ZV) durch Einschub eines weiteren Absatzes – hier: 4a –, der wie folgt lauten müsste:

„(4a) Soll eine weitere vertragsärztliche Tätigkeit nach Absatz 3 in einer Berufsausübungsgemeinschaft nach § 33 Abs. 2 ausgeübt werden, gelten Absätze 3 und 4 entsprechend. Satz 1 gilt nicht für den Fall der Bildung einer Teilgemeinschaftspraxis oder überörtlichen Gemeinschaftspraxis nach § 33 Abs. 2 Sätze 2 bis 4, es sei denn es handelt sich um die Beteiligung an einer weiteren Teilgemeinschaftspraxis oder überörtlichen Gemeinschaftspraxis. Die Genehmigungsvoraussetzungen des § 33 Abs. 2 bleiben unberührt.“

- b) Da ein Arzt in zwei Medizinischen Versorgungszentren tätig werden kann, die in verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen liegen (dieser Fall existiert bereits: Brandenburg und Berlin), muss er auch in zwei Arztregister eingetragen sein. Deshalb ist es notwendig, dass im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz berücksichtigt wird, dass § 4 Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV ("Die Eintragung in ein weiteres Arztregister ist nicht zulässig.") zu streichen ist.

## 3. **„Teilzulassung“** (insbesondere Art. 5 Nr. 5, Nr. 6 = § 19a, § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV)

Da der sich aus der Zulassung ergebende Versorgungsauftrag eines Vertragsarztes oder Vertragspsychotherapeuten von einer vollzeitigen Tätigkeit ausgeht, ist zur Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten (insbesondere auch für Ärztinnen und Psychotherapeutinnen) sowie zur besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen die Möglichkeit vorgesehen, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer hauptberuflichen Tätigkeit beschränken

zu können (sog. Teilzulassung).

Stellungnahme:

Die Regelung ist – sie wurde seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgeschlagen – zu befürworten. Versorgungspolitisch ist der Einwand zu diskutieren, dass auf diese Weise faktisch i.V.m. mit der Neuregelung, dass die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und Krankenhausarzt nicht ausgeschlossen ist, eine Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung geschaffen wird, indem Vertragsärzte mit hälftigem Versorgungsauftrag gleichzeitig in einem Krankenhaus tätig sind (ggf. eine Vertragsarztpraxis auf dem Krankenhausgelände führen). Es erscheint nicht ausgeschlossen, dass sogar die Investitionen für die Vertragsarztpraxis, für welche ein hälftiger Versorgungsauftrag auch ökonomisch möglicherweise nicht ausreichend ist, vom Krankenhausträger aus eigennützigen Zwecken übernommen werden. Hier müssten ggf. „Transparenzvorschriften“ in dem Sinne helfen, als – in Ergänzung der jetzigen Vorschläge – eine gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und Krankenhausarzt anzeigepflichtig ist und eine Selbsterklärung des Vertragsarztes verlangt wird, ob die Vertragsarztpraxis vom Krankenhausträger finanziert wird. Es sollte in § 20 Abs. 2 - neu - Ärzte-ZV, wo die gleichzeitige Tätigkeit nunmehr zugelassen wird, ferner eine Regelung aufgenommen werden, wie sie die Kassenärztliche Bundesvereinigung zuvor unter I.1a) vorgeschlagen hat (s. Seite 2). Wir verweisen im übrigen auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 17.08.2004 (1 BvR 378/00) über die Möglichkeit der Konkurrentenklage des Vertragsarztes bei rechtswidriger Ermächtigung von Krankenhausärzten, wo das Bundesverfassungsgericht für die derzeitige Vergütungssituation im Vertragsarztrecht (Budgets) dem Vertragsarztstatus in gewissem Umfang – wegen der budgetierten Gesamtvergütung – Konkurrenzschutz zuweist.

Auch wenn die Kassenärztliche Bundesvereinigung grundsätzlich Tätigkeiten sowohl als Vertragsarzt als auch als Krankenhausarzt oder als Vertragsarzt im Krankenhaus als eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ansieht, bedarf es auch einer Stärkung der Möglichkeiten von Vertragsärzten, stationäre Leistungen zu erbringen. Aus diesem Grunde verbindet die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit ihrer Zustimmung zu den Vorschlägen über die „Teilzulassung“ sowie den neuen § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV die – nachstehend unter 4.) dargestellte – Forderung, die Möglichkeit der Praxisklinik zu stärken, wie sie seinerzeit schon einmal in einem Gesetzentwurf als § 116a SGB V (Praxiskliniken) vorgesehen war (vgl. Entwurf eines Gesetzes zur

Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 - Krankenhausneuordnungsgesetz 1997 – BT-Drucksache 13/3062 vom 22.11.1995). Die Vorschrift ist allerdings nicht Gesetz geworden.

#### 4. Praxisklinik

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schlägt aus den vorstehend beschriebenen Gründen der „Balance“ in der Wettbewerbssituation zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren im ambulanten Bereich vor, dass das Institut der Praxisklinik gesetzlich verankert wird. Neben der Definition der Praxisklinik als einer Einrichtung mehrerer in Berufsausübungsgemeinschaft zusammenwirkender Vertragsärzte, in denen Versicherte ambulant und stationär versorgt werden können, wobei die Dauer der stationären Versorgung vier Tage nicht überschreiten darf, sind Regelungen vorzusehen, die durch Verträge mit Krankenkassen auch die Vergütung regeln.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schlägt deshalb vor, in das SGB V in Wiederaufnahme einer Idee aus dem Jahre 1997 im Zusammenhang mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 – Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997) – BR-Drs. 13/3062 – folgenden § 116c in das SGB V einzufügen:

Nach § 116b wird folgender neuer § 116c eingefügt:

##### „§ 116c

(1) Praxiskliniken sind Einrichtungen mehrerer in gemeinsamer Berufsausübung zusammenwirkender Vertragsärzte, in denen Versicherte ambulant und stationär versorgt werden können. Je Vertragsarzt sind bis zu vier Betten zulässig. Praxiskliniken sind keine Einrichtungen im Sinne des § 107.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit Praxiskliniken Verträge über stationäre Leistungen abschließen. Für die Kündigung von Verträgen gilt § 110 Abs. 1 Satz 1 und 2 entsprechend.

(3) Die ärztlichen Leistungen in der Praxisklinik sind Bestandteil der vertrags-



ärztlichen Versorgung und werden aufgrund besonderer Vereinbarungen vergütet.“

## 5. Teilgemeinschaftspraxis

Die sog. „Teilgemeinschaftspraxis“ stellt für die vertragsärztliche Versorgung – unbeschadet ihrer berufsrechtlichen Zulässigkeit – insofern ein Problem dar, als der Vertragsarzt entsprechend seinem Vertragsarztstatus gehalten ist, an seinem Vertragsarztsitz alle Leistungen seines Fachgebiets „vorzuhalten“; dementsprechend kommen Ausgliederungen von einzelnen Leistungen i.V.m. einem anderen Vertragsarzt nur begrenzt in Betracht. Es ist fraglich, in welchem Umfang die Formulierung in § 33 Ärzte-ZV gestattet, entsprechende Einschränkungen der Vertragsarztstätigkeit zum Zwecke der Ausübung einer Teilgemeinschaftspraxis vorzunehmen. Aus unserer Sicht ist es auch zweckmäßig, dass die Bundesmantelvertragspartner eine Regelung über bestimmte Kombinationen von speziellen Leistungen festlegen, bei denen eine Teilgemeinschaftspraxis vertragsarztrechtlich zulässig ist. Ansonsten ist eine sinnvolle Versorgungsstruktur nicht aufrechtzuerhalten. Solche Kombinationen können beispielsweise in speziellen Teilgemeinschaftssprechstunden für Versorgungsbedürfnisse vorgesehen werden, die das Mitwirken der sich zu einer Teilgemeinschaftspraxis verbindenden Ärzte notwendig machen (z.B. Kinderarzt/Psychiater; Kinderarzt/Neurologe; subspezialisierte Internisten für bestimmte Versorgungsaufgaben) Im übrigen ist die in § 33 Ärzte-ZV vorgesehene Einschränkung, wonach eine Teilgemeinschaftspraxis mit Ärzten, die als „Überweiser“ für bestimmte medizinisch-technische Leistungen in Betracht kommen, zu befürworten, da hier in aller Regel eine Umgehung des berufsrechtlichen Verbots der Zuweisung gegen Entgelt liegt.

Eine Formulierung, die an geeigneter Stelle in den Text einzufügen ist, könnte lauten:

„Ferner ist die gemeinsame Berufsausübung bezogen auf einzelne Leistungen nur unter Berücksichtigung des mit der Versorgungsauftrag des zugelassenen Vertragsarztes verbundenen Pflicht zur grundsätzlichen Erbringung der Leistungen im Rahmen seiner Facharztkompetenz zulässig; die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag einheitlich und gemeinsam das Nähere über die vertragsärztlichen Leistungen, welche in dieser Berufsausübungsform erbracht werden können sowie über die Höchstzahl der daran teilnehmenden Ärzte.“

## **6. Anschubfinanzierung (§ 140d SGB V)**

Die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung wird um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2007 verlängert.

### Stellungnahme:

Die Verlängerung der Anschubfinanzierung wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hingenommen. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass hiermit zugleich eine Verbesserung der Auskunft- und Rechnungslegungspflichten der Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführt werden muss. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung steht auf dem Standpunkt, dass die die Gesamtvergütung kürzende Krankenkasse in jedweder Hinsicht über den Vertragsgegenstand, die Vertragspartner und die damit verbundenen Ausgaben rechnungslegungspflichtig ist. Ohne eine solche Klärung der rechtlichen Situation ist davon auszugehen, dass angesichts der Verlängerung der Frist auch im Hinblick auf drohende Verjährungen alle Kassenärztlichen Vereinigungen, denen klare Angaben zu IV-Verträgen vorenthalten werden, den Rechtsweg beschreiten werden und entsprechende Auskunft vor Gericht einklagen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schlägt deshalb folgende Ergänzung des § 140d SGB V vor:

In § 140d Abs. 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung hat die Krankenkasse, welche Mittel nach Satz 1 einbehält, der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen, welchen Inhalt der Vertrag nach § 140b hat, wer die Vertragspartner sind und wie die Vergütung geregelt ist. Über die Verwendung der einbehaltenen Mittel ist für jeden einzelnen Vertrag jahresbezogen und unter Angabe der Versorgungsfälle spätestens bis zum 31. März 2008 im einzelnen Rechnung zu legen.“

## **7. Sonstiges: Belegärztliche Versorgung**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist darauf hingewiesen worden, dass – aufgrund der Vergütungsregelung für die stationären Leistungen durch Fallpauschalen –

in Verfolg der vorgesehenen Flexibilisierung im Bereich der gleichzeitigen Tätigkeit von Vertragsarzt und Krankenhausarzt, sei es sowohl im Verhältnis von Vollzulassung und zeitweiser Krankenhausarztstätigkeit, sei es im Verhältnis von Teilzulassung und weiterreichender Krankenhausarztstätigkeit, die belegärztliche Versorgung durch Belegärzte (Nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, welche mit einem Krankenhaus einen sogenannten Belegarztvertrag haben und die stationären Leistungen unmittelbar im Rechtsverhältnis zum Patienten erbringen; vgl. § 121 SGB V) beeinträchtigt wird, indem von den zuvor beschriebenen Kombinationsformen Gebrauch gemacht wird und Belegabteilungen aufgelöst werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung – unseres Wissens aber auch die Spitzenverbände der Krankenkassen – befürworten einen Fortbestand der belegärztlichen Tätigkeit. Es wäre deshalb unseres Erachtens notwendig, im Zusammenhang mit den angedeuteten Regelungen zu prüfen, wie einem entsprechenden Abbau der belegärztlichen Versorgung durch Belegärzte entgegengetreten werden kann. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung würde mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam entsprechende Vorschläge unterbreiten.

## C. Zu Beschlüssen des Bundesrates und der entsprechenden Gegenäußerung der Bundesregierung

### I.

Die Stellungnahme des Bundesrates zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 17. Juli 2006 (BR-Drs. 353/06 [Beschluss], vgl. auch BT-Drs. 16/2474 – Anlage 2) sowie die diesbezügliche Gegenäußerung der Bundesregierung (BT-Drs. 16/2474 – Anlage 3) geben Veranlassungen zu einigen ergänzenden Bemerkungen.

### II.

Die nachstehend erwähnten Beschlüsse, insbesondere zur Praxisgebühr, zur sogenannten „Teilzulassung“, zum Vorrang des Berufsrechts sowie zur Beschäftigung von Hochschullehrern für Allgemeinmedizin und zur Praxisvertretung, sind aus der Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von Interesse.

1. **Praxisgebühr** (§ 43b Abs. 2 Satz 4 und Satz 4 - neu - bis 9 - neu - SGB V sowie § 192 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 SGG)

Das Kostenrisiko der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Einziehung und gerichtlichen Geltendmachung der Praxisgebühr soll weiter gemindert werden. Es soll ihnen ermöglicht werden, vorgerichtliche Mahnkosten, eine Verzinsung sowie die Kosten eines notwendig gewordenen Verwaltungsaktes geltend zu machen. Ferner soll ein Klagender die Verfahrenskosten auch dann tragen, wenn die Verweigerung der Zahlung unrechtmäßig war (also nicht nur bei „Missbrauch“).

Bewertung:

Den Vorschlägen ist aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zuzustimmen.

Demgegenüber kann die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Äußerungen in der Gegenäußerung der Bundesregierung (Nrn. 1 und 5), welche die Vorschläge des Bundesrates zurückweist, nicht zustimmen. Wer die tatsächlichen Verhältnisse beim Einzug der Praxisgebühr und die damit verbundenen Schwierigkeiten ihrer Durchsetzung – wenngleich erfreulicherweise nur in einer geringeren Zahl von Fällen – kennt, wird daraus die Schlussfolgerung ziehen, dass auch die mangelnde Durchsetzung in wenigen Fällen „Vorbildcharakter“ in negativem Sinne haben könnte und Veranlassung gibt, die Praxisgebühr gegebenenfalls nicht zu entrichten. Es ist daher unverständlich, wenn die aus durchaus akzeptablen Gründen für den Bereich der Sozialleistungen geltenden Grundsätze der Kostenfreiheit und der Gerichtskostenfreiheit auch auf diesen nicht vergleichbaren Sachverhalt übertragen werden.

2. **Sogenannte „Teilzulassung“**

Der Bundesrat schlägt aus der Einführung der Teilzulassung vor, Konsequenzen zu ziehen auch hinsichtlich der heute schon bestehenden Möglichkeiten, die Zulassung ruhen zu lassen oder zu entziehen, in dem Sinne, dass auch ein „hälftiges“ Ruhen oder eine „hälftige“ Entziehung möglich sein soll, und zwar unter den Voraussetzungen in denen bisher Ruhen und Entziehung angeordnet werden konnten.

Bewertung:

Den Vorschlägen kann zugestimmt werden.

**3. Vorrang des Berufsrechts**

Der Bundesrat schlägt vor, in § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V (Anstellung von angestellten Ärzten bei Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten) sowie in § 24 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV (Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit an weiteren Orten) sowie in § 33 Abs. 3 Satz 5 Ärzte-ZV (Überörtliche Gemeinschaftspraxen) jeweils den Vorrang des Berufsrechts durch eine entsprechende Einfügung des Vorbehalts landesrechtlicher Vorschriften über die Berufsausübung der Ärzte (Zahnärzte) oder Psychotherapeuten klarzustellen.

Bewertung:

Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kann der Ergänzung zugestimmt werden. Die in der Gegenäußerung der Bundesregierung (Nr. 3) getroffene Feststellung, dass „eventuell berufsrechtliche Zulässigkeitshindernisse unberührt“ bleiben – somit das Berufsrecht Vorrang hat – werfen Zweifel an der Sinnfälligkeit der im Gesetzentwurf vorgenommenen Streichungen der bisherigen Berufsrechtsvorbehalte („landesrechtliche Vorschriften“) auf.

**4. Hochschullehrer für Allgemeinmedizin (§ 95 Abs. 9a Satz 1 SGB V - neu - )**

Der Bundesrat schlägt eine Erweiterung der (bedarfsplanunabhängigen) Beschäftigung von Hochschullehrern für Allgemeinmedizin durch folgende Fassung vor: „Hochschullehrer und Wissenschaftliche Mitarbeiter in Instituten und Abteilungen für Allgemeinmedizin“.

Bewertung:

Der Vorschlag erweitert einerseits den in Betracht kommenden Personenkreis für eine bedarfsplanunabhängige und für den Versorgungsgrad nicht relevante Beschäftigung, andererseits wird der Personenkreis durch die Voraussetzung, welche im

Entwurf nicht so vorgesehen war, nämlich die abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin eingeschränkt.

## **5. Praxisvertretung**

Durch eine Einfügung in § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV soll die Kassenärztliche Vereinigung in die Lage versetzt werden, bei Vertretungen, deren Dauer einen Monat überschreitet (innerhalb von 12 Monaten), beim Vertragsarzt oder beim Vertreter zu überprüfen, ob beim Vertreter die Voraussetzungen des § 32 Abs. 1 Satz 5 (Status als Vertragsarzt oder in das Arztregister eingetragener Arzt, damit Facharzt) und des § 21 Ärzte-ZV (keine Ungeeignetheit) vorliegt. Ferner soll eine Datenaustauschvorschrift für die Überprüfung entsprechender Vorgänge für die Kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen werden (§ 285 Abs. 3 SGB V).

### Bewertung:

Im Hinblick darauf, dass der Vorschlag als „Kann“-Regelung ausgestaltet ist und die entsprechenden Daten verfügbar gemacht werden können, kann dem Vorschlag zugestimmt werden.

## **6. Prüfungsauftrag des Bundesrates hinsichtlich der Verordnungsermächtigung des § 98 Abs. 2 Nr. 4 SGB V in Bezug auf Gebührenregelungen**

Der Bundesrat bezweifelt die ausreichende Tragfähigkeit der Ermächtigungsgrundlage für die Festsetzung der Gebührentatbestände in der Ärzte-ZV und bittet um entsprechende Prüfung, ob die Verordnungsermächtigung insoweit nicht konkretisiert werden kann.

### Bewertung:

Da der Vorschlag einer rechtssichereren Gebührenerhebung in Zulassungssachen dient, kann ihm grundsätzlich zugestimmt werden (vorbehaltlich der entsprechenden Konkretisierung durch die Bundesregierung im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens, falls die Bundesregierung den Vorschlag aufgreift).

gez. Dr. Köhler

**Stellungnahme der KZBV und der BZÄK  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung  
des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften  
(Vertragsarztrechtsänderungsgesetz-VÄndG)**

**BT-Drucks. 16/2472  
vom 30.08.2006**

**Allgemeines**

Der Gesetzentwurf setzt die im Rahmen des GMG begonnenen Strukturveränderungen im Vertragsarztrecht fort. Dass nunmehr die Änderungen der Berufsordnungen im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich als Begründung für die neue Initiative zur Liberalisierung des Vertragsarztes herangezogen werden, stellt die bisherige Rechtsentwicklung auf den Kopf, war es doch der Bundesgesetzgeber, der im SGB V in zum Teil verfassungswidriger Weise (nach Auffassung gewichtiger Stimmen in der Literatur zumindest formal verfassungswidrig) in die Kompetenzen der Länder zur Gestaltung des ärztlichen Berufsrechtes eingegriffen hat. Dies sowie neuere Entwicklungen der Rechtsprechung zum Berufsrecht machten erst die Novellierung der Berufsordnungen notwendig. Dabei soll jedoch nicht in Abrede gestellt werden, dass auch aus zahnärztlicher Sicht eine Liberalisierung der zahnärztlichen Berufsausübung anstrebenswert ist. Die damit verbundene Öffnung für den Wettbewerb kann jedoch nur dann sinnvoll und für das Gesundheitssystem förderlich sein, wenn nicht bloß auf Seiten der Leistungsträger im Gesundheitswesen, sondern auch auf Seiten der Kostenträger wettbewerbsfähige Strukturen geschaffen werden. Insofern wird die erneute Liberalisierung im Vertragsarztrecht solange ein Torso bleiben, solange nicht die freie Wahl der Krankenversicherung und des Versicherungsumfanges durch die Versicherten ermöglicht wird.

---

Weniger einschränkende Regelungen hinsichtlich der Altersgrenzen für die vertragszahnärztliche Tätigkeit, die Eröffnung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit an verschiedenen Orten und die Bildung auch KZV-übergreifender Berufsausübungsgemeinschaften werden grundsätzlich begrüßt. Zum Wettbewerb bei der Berufsausübung gehört jedoch zwingend auch Wettbewerb auf Seiten der Krankenkassen und –versicherungen sowie die freie Wahl von Kassen und Tarifen durch die Versicherten.

Die Zielsetzungen des Gesetzentwurfes, insbesondere einer allgemeinen Liberalisierung vertragszahnärztlicher Regelungen über die Berufsausübung und darin einer Verbesserung der Stellung der niedergelassenen Vertragszahnärzte im Vergleich zu den Medizinischen Versorgungszentren ist grundsätzlich ebenso zu begrüßen wie die geplante Entbürokratisierung und Beseitigung wirtschaftlich nicht mehr zu begründender Vergütungsabschläge im Beitrittsgebiet. Im Detail verkennt der Gesetzentwurf allerdings durch seine weitgehende Orientierung an Einzelfragen die generellen Probleme im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, wobei Sondersituationen der vertragszahnärztlichen Versorgung unberücksichtigt bleiben.

Im Einzelnen beschränken sich BZÄK und KZBV auf eine Kommentierung derjenigen Bestimmungen, die unmittelbare Auswirkungen auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung hätten.

### **§ 43 b SGB V**

#### **Praxisgebühr**

Durch neu eingefügte Bestimmungen soll festgelegt werden, dass KVen und KZVen die Praxisgebühr im Auftrage der Krankenkassen dann einzuziehen haben, wenn der Versicherte auf eine schriftliche Aufforderung durch den Vertrags-(Zahn-)Arzt nicht zahlt. Die KVen/KZVen sollen hierzu ermächtigt werden, gegenüber den Versicherten Verwaltungsakte zu erlassen. In den Bundesmantelverträgen soll ein abweichendes Verfahren vereinbart werden können.



---

## **Bewertung**

Die Neuregelung beinhaltet keine Festschreibung des im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung vereinbarten Verfahrens. Vielmehr wird klargestellt, dass eine Einziehung der Forderung auch durch andere als die KZV in den Bundesmantelverträgen vereinbart werden kann. Damit ist eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage für das im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung bestehende Verfahren einer Einziehung durch die Krankenkassen gegeben.

Unabhängig davon ist die nunmehr vorgesehene Regelung zur Einziehung der Praxisgebühr durch die KVen im (fingierten) Auftrage der Krankenkassen und aufgrund einer hierfür gesetzlich gesondert begründeten Kompetenz zum Erlass von Verwaltungsakten gegenüber den Versicherten als unnötige Bürokratisierungsmaßnahme abzulehnen.

In der diesbezüglichen Begründung wird zu Recht darauf hingewiesen, dass allein die jeweilige Krankenkasse Inhaber der Forderung gegenüber ihrem Versicherten ist. Ferner wird ausgeführt, dass die Krankenkasse in der Lage wäre, ihre Forderung selbst durch den Erlass eines Verwaltungsaktes und ggf. nachfolgend im Verwaltungsvollstreckungsverfahren durchzusetzen. Gerade dieses Verfahren wird im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung seit Jahren reibungslos praktiziert und es sind keinerlei Vorteile ersichtlich, dieses auf der Grundlage einer besonderen Ermächtigung durch die KVen durchführen zu lassen. Ohne einen Beschleunigungs- oder Einsparungseffekt zu erreichen, werden dadurch aus einem Verwaltungsverfahren zwei gemacht. Denn die Krankenkassen sind als Forderungsinhaber nach wie vor gezwungen und verpflichtet, den Einzug der Praxisgebühr bei ihren Versicherten zu überwachen. Hierzu bestimmt § 106a Abs. 3 Nr. 4 SGB V ausdrücklich, dass die Krankenkassen die Abrechnung der Vertrags-(Zahn-)Ärzte, insbesondere hinsichtlich der vom Versicherten an den (Zahn-)Arzt zu zahlenden Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V und der Beachtung des damit verbundenen Verfahrens nach § 43b Abs. 2 SGB V zu prüfen haben.

---

Ausweislich der Begründung zu dieser Fassung des § 106a SGB V soll die Krankenkasse für jeden Versicherten, der zu ihren Lasten Ärzte und Zahnärzte in Anspruch nimmt, feststellen, ob die gesetzlich vorgesehene, an den Arzt bzw. Zahnarzt zu entrichtende Zuzahlung gezahlt und durch die Kassenärztliche Vereinigung in entsprechender Höhe mit der von der Krankenkasse an sie zu entrichtenden Vergütung verrechnet worden ist. Diese Prüfung ist Teil der ordnungsgemäßen Abwicklung der Leistungsabrechnung für ärztliche und zahnärztliche Behandlung im Rahmen des von der Krankenkasse zu tragenden Ausgabenanteils.

Würde man den KZVen die Kompetenz zum Einzug der Praxisgebühr übertragen, würde damit ohne eine entsprechende Notwendigkeit ein weiteres aufwändiges Verwaltungsverfahren neben dem ohnehin bei den Krankenkassen bestehenden Verfahren durchzuführen sein. Darüber hinaus steht die KZV in keinem Rechtsverhältnis zum Versicherten. Die künstliche Herstellung eines ansonsten nicht bestehenden Über-/Unterordnungsverhältnisses zwischen KV und den gesetzlich Krankenversicherten ist daher als unnötige Überbürokratisierung abzulehnen. Stattdessen sollte zumindest in den Fällen einer Zahlungsverweigerung in der Praxis – wie in vergleichbaren Fällen auch – eine Einziehung der Forderung durch deren Inhaber erfolgen.

### **§ 75 Abs. 7 SGB V**

#### **Richtlinien zur überbezirklichen Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung**

§ 75 Abs. 7 SGB V soll um eine Ermächtigung für die KZBV ergänzt werden, in den Richtlinien auch Regelungen über die Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung sowie über Verfahren bei Disziplinarangelegenheiten bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren KZVen haben, zu treffen, soweit hierzu nicht in Bundesmantelverträgen besondere Vereinbarungen getroffen sind.

## **Bewertung**

Die vorgesehene Bestimmung steht im Zusammenhang mit den vorgesehenen Neuregelungen zu den überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften. Insofern wird auf die diesbezügliche Gesamtbewertung zu § 33 ZV-Z verwiesen.

### **§ 85 Abs. 3 d SGB V**

#### **Angleichung der Vergütungen**

Durch eine entsprechende Ergänzung soll klargestellt werden, dass die vorgesehene Vergütungsanpassung nur die Vergütungen für vertragsärztliche Leistungen betrifft.

## **Bewertung**

Es handelt sich um eine gesetzliche Bestätigung der bereits bisher konsentierten und praktizierten Norminterpretation der Bundesmantelvertragspartner.

### **§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V**

#### **Honorarverteilungsmaßstab**

Die Bestimmung, wonach der Honorarverteilungsmaßstab Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragszahnarztes vorzusehen hat, soll um eine Bestimmung ergänzt werden, dass dabei der Umfang des Versorgungsauftrages des Vertragszahnarztes zu berücksichtigen ist.

## **Bewertung**

Es handelt sich um eine sachgerechte Ergänzung der Bestimmungen zum Honorarverteilungsmaßstab infolge der Eröffnung einer Teilzulassung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung.

---

## **§ 85 Abs. 4 b/d SGB V**

### **Degressiver Punktwert bei angestellten Zahnärzten und Berufsausübungsgemeinschaften**

Die bisher vorgesehene Erhöhung der Punktmengen um 70 % je ganztätig angestelltem Zahnarzt soll beseitigt werden. Die Punktmengen sollen zukünftig stattdessen in gleicher Weise für jeden Vertragszahnarzt und für jeden angestellten Zahnarzt gelten.

Bei Berufsausübungsgemeinschaften (früher Gemeinschaftspraxen) soll auf das Erfordernis einer Gleichberechtigung der Mitglieder als Voraussetzung für die vollen Punktmengen verzichtet werden.

### **Bewertung**

Die Bestimmungen zum degressiven Punktwert sind weiterhin insgesamt als leistungsfeindlich, ineffizient und unnötig verwaltungsaufwändig abzulehnen.

Dennoch sind zumindest die nunmehr vorgesehenen Liberalisierungen, die eine Gleichbehandlung der Vertragszahnärzte und der angestellten Zahnärzte bei Vertragszahnärzten und in Medizinischen Versorgungszentren bewirken sollen, grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ergeben sich nach wie vor Einschränkungen aus den zusätzlichen Restriktionen in § 101 Abs. 1 SGB V. Nach der vorgesehenen Fassung von § 85 Abs. 4 b Satz 2 SGB V sollen die Punktmengen nunmehr einheitlich „für bei Vertragszahnärzten nach § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V angestellte Zahnärzte und für in medizinischen Versorgungszentren angestellte Zahnärzte“ gelten. Diese Fassung führt zu einer weiteren nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung der angestellten Zahnärzte bei Vertragszahnärzten gegenüber solchen in medizinischen Versorgungszentren. Wenn Zahnärzte bei Vertragszahnärzten angestellt sind, sollen ihnen die Punktmengen im Rahmen des degressiven Punktwertes nur dann zustehen, wenn sie in einem, nicht von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich angestellt werden. Denn der, in § 85 Abs. 4 b Satz 2 SGB V in Bezug genommene § 95 Abs. 9 SGB V in der vorgese-

---

henen Neufassung bezieht sich in Satz 1 ausschließlich auf solche Zahnärzte, die von einem Vertragszahnarzt angestellt werden, sofern keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Satz 2 bestimmt insofern, dass dann wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind Satz 1 mit der Maßgabe gilt, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V und mithin eine Beschränkung der Leistungsmenge der Praxis erfüllt sein müssen. Derartige Beschränkungen sind für angestellte Zahnärzte in medizinischen Versorgungszentren nicht vorgesehen und die Punktmengen gem. § 85 Abs. 4 b SGB V sollen für diese ganz unabhängig davon gelten, ob sie in einem medizinischen Versorgungszentrum in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich beschäftigt werden.

Danach wird auch die in der Neufassung von § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V vorgesehene Bestimmung praktisch leer laufen, wonach der Gemeinsame Bundesausschuss Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist, zu beschließen hat. Denn derartige Ausnahmeregelungen lassen den Tatbestand des § 95 Abs. 9 SGB V und damit die einschränkende Bestimmung des § 85 Abs. 4 b Satz 2 SGB V unberührt. Selbst dann, wenn ein Vertragszahnarzt daher auf der Grundlage einer solchen Ausnahmeregelung in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich Zahnärzte anstellen könnte ohne eine Leistungsbeschränkung seiner Praxis vornehmen zu müssen, würde er für die angestellten Zahnärzte keine zusätzlichen Punktzahlvolumina erhalten, so dass erwünschte zusätzliche Leistungen der vertragszahnärztlichen Praxis zwar insgesamt keiner Leistungsbegrenzungsregelung unterlägen, die zusätzlichen Leistungen der angestellten Zahnärzte aber vom ersten Punkt an einer Kürzung der Vergütungen im Rahmen des degressiven Punktwertes unterliegen würden.

Soweit an den Bestimmungen zum degressiven Punktwert überhaupt festgehalten werden sollte, ist zur Erreichung des gesetzgeberischen Ziels daher zumindest eine entsprechende Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses auch zur Ausnahmeregelung hinsichtlich des degressiven Punktwertes in die vorgesehene Neufassung des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V aufzunehmen. Ferner ist in § 85 Abs. 4 b SGB V klar-

---

zustellen, dass eventuelle Einschränkungen des Geltungsbereiches der Punktmengen für angestellte Zahnärzte in jedem Falle in gleicher Form für angestellte Zahnärzte bei Vertragszahnärzten und in medizinischen Versorgungszentren gelten.

## **§ 95 SGB V**

### **Medizinische Versorgungszentren; „Teilzulassung“**

Hinsichtlich der Medizinischen Versorgungszentren soll weiterhin an dem Tatbestandsmerkmal einer fachübergreifenden Tätigkeit festgehalten und dieses dahingehend konkretisiert werden, dass hierfür eine Tätigkeit von Ärzten mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen erforderlich ist. Konkretisierungen sind vorgesehen hinsichtlich der hausärztlichen und der psychotherapeutischen Versorgung sowie zur Tätigkeit fachärztlicher und hausärztlicher Internisten. Sind in einem Medizinischen Versorgungszentrum Angehörige der verschiedenen, an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Berufe tätig, soll auch eine kooperative Leistung möglich sein.

In Abs. 2 soll als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung für ein Medizinisches Versorgungszentrum in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts die Abgabe selbstschuldnerischer Bürgschaftserklärungen der Gesellschafter für Forderungen von KZVen und Krankenkassen gegen das Medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragszahnärztlicher Tätigkeit vorgesehen werden. Dies soll auch für Forderungen gelten, die erst nach Auflösung des Medizinischen Versorgungszentrums fällig werden.

§ 95 Abs. 3 SGB V sieht nunmehr die Möglichkeit vor, zur vermeintlich besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit beschränken zu können (sog. „Teilzulassung“).

§ 95 Abs. 6 Satz 2 SGB V soll gewährleisten, dass der Betrieb eines Medizinischen Versorgungszentrums zunächst weiterlaufen kann, auch wenn eine Gründungsvoraussetzung des § 95 Abs. 1 Satz 6 2. Halbsatz SGB V nicht mehr vorliegt. Dem Medizinischen

---

Versorgungszentrum ist in diesem Fall eine Frist von 6 Monaten einzuräumen, um die betreffende Gründungsvoraussetzung wieder herzustellen.

**Bewertung:**

Das nunmehr vorgesehene Festhalten am Tatbestandsmerkmal einer fachübergreifenden Tätigkeit für Medizinische Versorgungszentren wird begrüßt, da ansonsten ein Unterschied zwischen dem Medizinischen Versorgungszentrum und einer Gemeinschaftspraxis nicht mehr erkennbar wäre. Nur durch die Beibehaltung dieses Tatbestandsmerkmals kann auch das ausweislich der vorgesehenen Begründung weiterhin verfolgte gesetzgeberische Ziel einer Versorgung der Versicherten in Medizinischen Versorgungszentren „aus einer Hand“ erreicht werden. Die vorgesehenen Abgrenzungsregelungen hinsichtlich der hausärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sind in diesem Zusammenhang ebenso konsequent, wie diejenigen hinsichtlich einer Kooperation fachärztlicher und hausärztlicher Internisten. Zu Recht wird insofern auch in der vorgesehenen Begründung hervorgehoben, dass eine fachübergreifende Tätigkeit nur dann vorliegen kann, wenn die in dem Versorgungszentrum tätigen Leistungserbringer nicht denselben Versorgungsbereich abdecken, sondern unterschiedliche Leistungen anbieten.

Zu fordern ist dann aber eine entsprechende Klarstellung auch für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung. Es ist in diesem Zusammenhang bereits verschiedentlich darauf hingewiesen worden, dass Vertragszahnärzte sowohl berufsrechtlich als auch zulassungsrechtlich grundsätzlich berechtigt sind, sämtliche vertragszahnärztliche Leistungen ihres Faches, nämlich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu erbringen. Auch soweit für einzelne Leistungsbereiche eine Weiterbildung möglich ist, ist die Erbringung der diesbezüglichen Leistungen nicht entsprechend weitergebildeten Zahnärzten vorbehalten. Zudem sind auch weitergebildete Zahnärzte nicht in jedem Falle grundsätzlich auf die Erbringung von Leistungen aus ihrem Fachgebiet begrenzt. Daher erfüllt die gemeinsame Tätigkeit von Vertragszahnärzten und beispielsweise Kieferor-

---

thopäden nicht die Voraussetzungen einer vom Gesetzgeber weiterhin beabsichtigten interdisziplinären Zusammenarbeit.

In § 95 Abs. 1 SGB V ist daher noch folgende Klarstellung einzufügen:

„Eine Kooperation unter Zahnärzten erfüllt nicht die Voraussetzungen einer fachübergreifenden Tätigkeit.“

Das vorgesehene Erfordernis der Abgabe selbstschuldnerischer Bürgschaftserklärungen der Gesellschafter von Medizinischen Versorgungszentren in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts wird grundsätzlich begrüßt. Hierdurch wird in solchen Fällen eine Reduzierung der Ausfallrisiken erreicht und eine ungerechtfertigte Besserstellung der Gesellschafter eines Medizinischen Versorgungszentrums gegenüber den Mitgliedern einer Berufsausübungsgemeinschaft erreicht. Allerdings muss in diesem Zusammenhang sichergestellt werden, dass die Abgabe entsprechender Bürgschaftserklärungen nicht lediglich als Zulassungsvoraussetzung ausgestaltet werden, sondern dass ein Vorliegen entsprechender Bürgschaftserklärungen durch alle Gesellschafter konstitutive Voraussetzung auch für den Bestand des Medizinischen Versorgungszentrums im Übrigen ist. Bei einem Gesellschafterwechsel sind daher entsprechende Bürgschaftserklärungen gesetzlich vorzusehen, die sich auch auf solche Forderungen erstrecken müssen, die vor Eintritt der Gesellschafter in das Medizinische Versorgungszentrum begründet worden sind.

§ 95 Abs. 3 SGB V soll ausweislich der Begründung der Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten, insbesondere auch zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie zur besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen dienen. Danach ist es möglich, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit beschränken zu können. Der Zahnarzt erhält in diesem Falle eine sogenannte Teilzulassung mit beschränktem Versorgungsauftrag. Dabei ist sowohl der Fall möglich, dass ein Leistungserbringer von vornherein nur eine „Teilzulassung“ beantragt, aber auch der Fall, dass ein Zahnarzt den sich aus



---

seiner Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag nachträglich auf die Hälfte reduziert. In beiden Fällen kann der Zahnarzt ggf. zu einem späteren Zeitpunkt wieder eine Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag beantragen, wobei hierzu jedoch ein gesondertes, in der Zulassungsverordnung in einem neuen § 19 a ZV-Z geregeltes Zulassungsverfahren notwendig ist. Wenn diese Regelung auch grundsätzlich zu begrüßen ist - zu dem vorgesehenen Zulassungsverfahren wird im Rahmen der Bewertung des § 19 a ZV-Z ausführlich Stellung genommen - bestehen hier doch insbesondere Bedenken gegen das Verfahren bei Umwandlung der Teilzulassung in eine Vollzulassung.

Die Änderung des § 95 Abs. 6 Satz 2 SGB V, wonach der Betrieb eines Medizinischen Versorgungszentrums zunächst einmal weiterlaufen kann, auch wenn eine Gründungsvoraussetzung des § 95 Abs. 1 Satz 6 2. Halbsatz SGB V nicht mehr vorliegt, erscheint unter formalen Gesichtspunkten möglicherweise sinnvoll, da in der Praxis bisher in solchen Fällen dem Medizinischen Versorgungszentrum unmittelbar die Zulassung zu entziehen war. Es beschwört jedoch die Gefahr herauf, dass ein Provisorium entsteht, bei dem andere Interessen als die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen in den Vordergrund treten und nach außen ein falscher Rechtschein gesetzt wird. Zumindest müsste eine klare Befristung des Übergangszeitraumes gesetzlich verankert werden.

### **§ 95 Abs. 7 SGB V**

#### **Altersgrenze von 68 Jahren**

§ 95 Abs. 7 Satz 3 SGB V enthält den Grundsatz, dass die Zulassung eines Vertragszahnarztes am Ende des Kalendervierteljahres endet, in dem er sein 68. Lebensjahr vollendet. § 95 Abs. 7 Satz 7 SGB V bestimmt nun ebenfalls, dass die Anstellung von Zahnärzten in einem Medizinischen Versorgungszentrum am Ende des Kalendervierteljahres endet, in dem diese ihr 68. Lebensjahr vollenden.

In den Sätzen 8 und 9 des Absatzes 7 wird bestimmt, dass der in § 95 Abs. 7 Satz 3 SGB V enthaltene Grundsatz dann nicht gilt, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V eine eingetretene oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat. Gleiches gilt auch für den angestellten

---

Zahnarzt in einem medizinischen Versorgungszentrum. In beiden Fällen endet die Zulassung jedoch spätestens ein Jahr nach Aufhebung des Beschlusses des Landesausschusses.

### **Bewertung**

KZBV und BZÄK halten an ihrer Bewertung fest, dass die Altersgrenze von 68 Jahren für die vertragszahnärztliche Versorgung eine sachlich nicht gerechtfertigte Einschränkung der Berufswahlfreiheit der betroffenen Zahnärzte darstellt. Diese Altersgrenze ist insbesondere angesichts des relativ geringen Abrechnungsvolumens älterer Vertragszahnärzte auch unter dem Aspekt einer Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung kontraproduktiv und versorgungspolitisch verfehlt. In der Begründung zum Gesetzentwurf wird darauf verwiesen, dass die Altergrenzenregelung ursprünglich dazu dienen sollte, in überversorgten und daher gesperrten Planungsbereichen Niederlassungschancen für junge Ärzte zu schaffen. Dieser Aspekt kann erst recht keine tragfähige Grundlage für die Altersgrenze sein.

Die genannten Aspekte werden im vorliegenden Gesetzentwurf leider nur teilweise dadurch berücksichtigt, dass diese Altersgrenze zwar nicht generell beseitigt wird, wohl aber in unterversorgten Gebieten oder insoweit gefährdeten Gebieten nicht gelten soll. Die Zulassung soll allerdings spätestens ein Jahr nach Aufhebung dieser Feststellung enden. Diese Bestimmung würde aber der Zielsetzung des Gesetzentwurfes, ältere Vertragszahnärzte zu einer Fortsetzung ihrer vertragszahnärztlichen Tätigkeit über die Altersgrenze von 68 Jahren hinaus zu bewegen, zuwider laufen.

Angesichts der Tatsache, dass ca. 90 % der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert sind, stellt die Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung für den Zahnarzt regelmäßig eine essenzielle Voraussetzung für seine Berufstätigkeit insgesamt dar. Die Beendigung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit bedingt somit in der Regel eine Beendigung der behandelnden zahnärztlichen Tätigkeit insgesamt und damit eine Veräußerung der (vertrags-)zahnärztlichen Praxis, die regelmäßig zudem einen wesentlichen Beitrag zur Altersversorgung des betreffenden Zahnarztes darstellt. Die Veräußerung

---

einer vertragszahnärztlichen Praxis ist allerdings regelmäßig nicht kurzfristig möglich, sondern bedarf wegen des nicht unerheblichen Finanzierungsumfanges bereits unter Preisfindungsgesichtspunkten sowohl auf der Seite des Veräußerers als auch des Erwerbers einer längeren Vorbereitungszeit. Zudem ist regelmäßig eine Einarbeitungszeit für den Praxisübernehmer erforderlich. Daher müssen Praxisübergaben regelmäßig über einen längeren Zeitraum geplant und durchgeführt werden. Hierfür benötigt der die Praxis abgebende Zahnarzt einen längeren Vorbereitungs- und Umsetzungszeitraum, was auch ausweislich der Begründung zur vorgesehenen Ergänzung von § 95 Abs. 7 SGB V im Grundsatz anerkannt wird. Der dort vorgesehene Zeitraum von einem Jahr wird den Gegebenheiten der Praxis aber bei weitem nicht gerecht.

Die vorgesehene Norm hätte zur Folge, dass der Vertragszahnarzt nach Überschreitung der Altersgrenze jederzeit mit einer Aufhebung des Beschlusses des Landesausschusses hinsichtlich der Unterversorgung und in der Folge mit einem kurzfristigen Verlust seiner Zulassung rechnen müsste, ohne dass er den Abgabezeitpunkt vorab autonom bestimmen könnte. Auch bereits bei einer zeitlichen Annäherung an die Altersgrenze kann dem Vertragszahnarzt durch diese Norm keine entsprechende Sicherheit vermittelt werden. Eine solche Planungssicherheit wäre unter Berücksichtigung der oben dargestellten Gegebenheiten aber erforderlich, um ältere Vertragszahnärzte tatsächlich dazu zu bewegen, nicht bereits spätestens mit Erreichung der Altersgrenze von 68 Jahren eine Abgabe der Praxis durchzuführen.

Auch unter Berücksichtigung des in der Begründung angesprochenen Sachverhaltes, dass der Zahnarzt eventuell (zeitweise) keinen Nachfolger für seine Praxis finden kann, ist die Norm zur Erreichung einer dauerhaften Verbesserung der Versorgungssituation in dem unterversorgten Gebiet nicht geeignet. Denn infolge der beschriebenen Unsicherheit über den Zeitpunkt der zwangsweisen Beendigung seiner Zulassung wird der Zahnarzt um so mehr bemüht sein, eine Veräußerung seiner Praxis in einem kontrollierten Verfahren durchzuführen. Daher werden sich Neuengagements von Zahnärzten in diesen Gebieten mehr als bereits jetzt auf Praxisübernahmen und nicht auf Praxisneugründungen konzentrieren. Dadurch würde aber die Zahl der in dem betreffenden Gebiet tä-

---

tigen Vertragszahnärzte im wesentlichen unverändert bleiben und eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungsstruktur insgesamt nicht erreicht werden können. Soweit daher grundsätzlich – entgegen den obigen Ausführungen – an der Altersgrenze von 68 Jahren festgehalten werden sollte, ist zumindest eine endgültige Aufhebung dieser Altersgrenze für diejenigen Vertragszahnärzte vorzusehen, die in einem von Unterversorgung betroffenen Gebiet über diese Altersgrenze hinaus vertragszahnärztlich tätig sein wollen. Nur dadurch würde auch eine Gleichbehandlung mit der im Rahmen des VÄG ebenfalls vorgesehenen Änderung des § 25 Satz 3 ZV-Z erreicht werden können, wonach ebenfalls in unterversorgten Gebieten die Altersgrenze von 55 Jahren für die Zulassung eines Vertragszahnarztes auf Dauer aufgehoben wird. Wenn diesen danach neu zugelassenen Vertragszahnärzten zu Recht nicht zugemutet wird, die Zulassung bei Aufhebung der Feststellungen hinsichtlich der Unterversorgung wieder zu verlieren, muss gleiches auch für diejenigen Vertragszahnärzte gelten, die im Vertrauen auf eine entsprechende Regelung ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit über die Altersgrenze von 68 Jahren hinaus fortführen.

Auch soweit dem nicht gefolgt wird, sollte zumindest in der vorgesehenen Neufassung von Satz 9 eine Konkretisierung der Regelung erfolgen. Danach ist zurzeit vorgesehen, dass die Zulassung „spätestens ein Jahr nach Aufhebung der Feststellung nach Satz 8“ endet. Diese sprachliche Fassung geht entgegen den danach fortbestehenden Bestimmungen in § 95 Abs. 7 Satz 3 SGB V, der eine automatische Beendigung der Zulassung mit Ende des Kalendervierteljahres vorsieht, in dem der Vertragszahnarzt sein 68. Lebensjahr vollendet, anscheinend von einem zusätzlichen Erfordernis zur Beendigung der Zulassung aus. Ohne dass dies ausdrücklich normiert wird, müsste dies wohl eine entsprechende Beschlussfassung des Zulassungsausschusses sein, wobei diesem nach der jetzigen Formulierung der Bestimmung möglicherweise ein Gestaltungsspielraum hinsichtlich des Zeitpunktes der Beendigung der Zulassung innerhalb von einem Jahr nach Aufhebung des Beschlusses des Landesausschusses hinsichtlich der Unterversorgung eingeräumt werden soll. Soweit überhaupt an diesen Bestimmungen festgehalten wird, sollte daher insofern eine ausdrückliche Regelung bzw. Kompetenzzuweisung erfolgen.

---

Im Übrigen erscheint fraglich, ob die Beibehaltung der Altersbegrenzung noch in Einklang mit der europäischen Antidiskriminierungsrichtlinie und deren (noch ausstehender) Umsetzung in deutsches Recht steht.

### **§ 95 Abs. 9 SGB V**

#### **Unbeschränkte Anstellung von Zahnärzten, sofern keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind**

§ 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V ermöglicht nunmehr dem Vertragszahnarzt, Zahnärzte numerisch unbegrenzt anstellen zu können. Auch hinsichtlich ihrer Arbeitszeit wird genauso wie bei der Arbeitszeit der angestellten Zahnärzte in Medizinischen Versorgungszentren eine dienstvertraglich flexible Ausgestaltung möglich. Eine Anstellung ohne Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung des Praxisumfangs ist allerdings nur zulässig in Planungsbereichen, die nicht wegen Zulassungsbeschränkungen gesperrt sind. Zur Klarstellung wird in der Begründung darauf hingewiesen, dass auf die Anstellung dieser Ärzte § 32 Abs. 3 ZV-Z nicht anzuwenden ist, der die Vergrößerung des Praxisumfangs bei der Beschäftigung von Assistenten verbietet. Der Satz 2 des Absatzes 9 gilt ausweislich seines Wortlautes für den ärztlichen Bereich, da hier von einer Arztgruppe gesprochen wird, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Voraussetzung für eine Anstellung ist, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V erfüllt sind, d.h., dass es sich bei dem anzustellenden Zahnarzt um einen Zahnarzt mit derselben Fachzahnarztbezeichnung handelt und der anstellende Vertragszahnarzt sich zu einer Leistungsbegrenzung seines Praxisumfangs verpflichtet. Weggefallen ist lediglich die Beschränkung, dass es sich entweder um einen ganztags beschäftigten Zahnarzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Zahnärzte handeln muss. Der Vertragszahnarzt kann nunmehr auch mehrere Teilzeitkräfte anstellen.

### **Bewertung**

Die Liberalisierung der Beschäftigungsmöglichkeit von angestellten Zahnärzten in den Praxen niedergelassener Vertragszahnärzte und die damit erfolgte Gleichbehandlung

---

mit Medizinischen Versorgungszentren ist grundsätzlich zu begrüßen. KZBV und BZÄK vertreten seit langem die Auffassung, dass die Anstellung eines Zahnarztes bereits deshalb nicht von einer identischen Fachgebietsbezeichnung mit dem anstellenden Zahnarzt abhängen kann, da berufs- und zulassungsrechtlich grundsätzlich jeder Vertragszahnarzt alle vertragszahnärztlichen Leistungen erbringen kann und darf. Insofern handelt es sich hier um eine typische Regelung für den ärztlichen Bereich, die auf den vertragszahnärztlichen Bereich nicht ohne Weiteres angewandt werden kann. Die Erweiterung der Kooperationsmöglichkeiten von Vertragszahnärzten wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings hat die KZBV bereits im Vorfeld gerade bei der Anstellung von Zahnärzten auf die Ungleichbehandlung der angestellten Zahnärzte in einem Medizinischen Versorgungszentrum und bei Vertragszahnärzten hingewiesen. Hierzu wird auf die allgemeine Bewertung verwiesen.

Die in § 95 Abs. 9 Satz 2 und 3 SGB V enthaltenen Ermächtigungen an den Gemeinsamen Bundesausschuss, das Nähere zur Anstellung von Ärzten in Richtlinien zu regeln, ist insoweit konsequent, wenn auch nach wie vor verfassungsrechtliche Zweifel an der Kompetenz dieses Organs bestehen. Inkonsequent ist demgegenüber die Regelung in § 95 Abs. 9 Satz 4 SGB V, wonach die für Vertragszahnärzte und für in Medizinischen Versorgungszentren angestellten Zahnärzte maßgebliche Altersgrenze von 68 Jahren auch für die nach Satz 1 und nach Satz 2 angestellten Zahnärzte gilt. Die für den Beginn der vertragszahnärztlichen Leistungserbringung maßgebliche 55-Jahres-Regelung gilt in diesen Fällen nicht. Daher sollte in diesem Fall auch die Bezugnahme auf die Altersgrenze von 68 Jahren entfallen.

Die fortbestehende Bindung der Anstellung von Zahnärzten in von Zulassungsbegrenzungen betroffenen Planungsbereichen an eine Begrenzung des Leistungsvolumens der vertragszahnärztlichen Praxis gem. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V ist demgegenüber abzulehnen.

---

Die in dem neuen Abs. 9 a getroffenen Regelungen für die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte betreffen den vertragszahnärztlichen Bereich nicht.

## **§ 98 Abs. 2 SGB V**

### **Kompetenznorm zur Zulassungsverordnung**

In der Kompetenznorm hinsichtlich der Inhalte der Zulassungsverordnungen werden Ergänzungen hinsichtlich der Regelungen zum zeitlichen Umfang des Versorgungsauftrages aus der Zulassung, zur Tätigkeit von Vertragszahnärzten an weiteren Orten und zur gemeinsamen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit vorgesehen.

### **Bewertung**

Die Erweiterung des Regelungsumfanges der ZV-Z hinsichtlich der näheren Bestimmung des zeitlichen Umfangs des Versorgungsauftrages ist eine Folge der entsprechenden Neuregelung in § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V. Insofern kann auf die dortige Stellungnahme verwiesen werden.

Die Bewertung der Erweiterung des Inhaltes der ZV-Z auf Bestimmungen zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit an weiteren Orten ist von deren näherem Inhalt abhängig. Insofern wird auf die diesbezüglichen Bewertungen der vorgesehenen Neuregelungen in den §§ 24 Abs. 3 bis 6 und § 33 Abs. 2 und 3 ZV-Z verwiesen.

Abzulehnen ist die vorgesehene Neufassung der Bestimmungen zur gemeinsamen Berufsausübung in der neu einzufügenden Nr. 13 a des § 98 Abs. 2 SGB V. Entgegen der entsprechenden Bestimmung in § 98 Abs. 2 Nr. 13 SGB V sollen entsprechende Bestimmungen zukünftig nicht mehr nach den Grundsätzen der Ausübung eines freien Berufes erfolgen. Die Beseitigung des Hinweises auf die Grundsätze der Ausübung eines freien Berufes ist zwar infolge der an anderer Stelle erfolgten bzw. vorgesehenen Eröffnung von Kooperationsmöglichkeiten, z.B. in Medizinischen Versorgungszentren oder

---

der Bildung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften konsequent, verdeutlicht aber eine grundsätzliche Abwendung von den bisherigen Grundsätzen einer Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung durch niedergelassene Vertragszahnärzte, die in voller Eigenverantwortung einen freien Beruf ausüben und in diesem Rahmen Dienstleistungen höherer Art im Sinne von § 627 Abs. 1 BGB erbringen.

Damit wird die Erbringung zahnärztlicher Leistungen nicht mehr auf der Grundlage einer unmittelbaren, vertrauensvollen Zahnarzt-Patienten-Beziehung, sondern als mehr oder weniger anonyme Dienstleistung einer für den Patienten ebenfalls anonymen Gesellschaft definiert. In einem solchen System kann für den Zahnarzt nicht mehr das persönliche Wohl des Patienten im Vordergrund stehen, soweit er nicht mehr in dessen Auftrag, sondern für eine notwendigerweise gewinnorientiert tätige Organisation unter strikt ökonomischen Gesichtspunkten tätig werden muss. Gerade vor dem Hintergrund einer zwischenzeitlich generell ausschließlich ökonomisch orientierten Steuerung des Gesundheitssystems unter dem absoluten Primat des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität des § 71 Abs. 1 SGB V besteht die Notwendigkeit, auch in diesem Rahmen weiterhin an den Grundsätzen des Freien Berufes, im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich geprägt durch Weisungsfreiheit und Therapiehoheit, festzuhalten. Insoweit ist auch die Verteilung der Gesetzgebungskompetenzen anzusprechen, nach der das Vertrags(zahn)arztrecht grundsätzlich an den in Länderkompetenz liegenden rechtlichen Vorgaben zu Fragen der Berufsausübung anknüpft. Die bisherige Formulierung in § 98 Abs. 2 Nr. 13 SGB V sollte daher beibehalten werden.

### **§ 100 Abs. 3 SGB V**

#### **Lokaler Versorgungsbedarf**

In § 100 Abs. 3 SGB V wird den Landesausschüssen die Aufgabe der Feststellung zugewiesen, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht.



---

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll ein derartiger Feststellungsbeschluss dazu führen, dass Sicherstellungszuschläge gem. § 105 Abs. 1 SGB V an Vertragszahnärzte gezahlt werden können, die sich in dem betreffenden Bereich niederlassen.

## **Bewertung**

Die Neuregelung ist systemkonform und inhaltlich zu begrüßen.

## **§ 101 SGB V**

### **Übersorgung**

In § 101 Abs. 1 Satz 1 SGB V werden der Begriff des „Fachgebiets“ durch den Begriff „Facharztbezeichnung“ in Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und 5 ergänzt sowie redaktionelle Anpassung vorgenommen .

Durch eine neu eingefügte Bestimmung in § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 a SGB V wird dem Gemeinsamen Bewertungsausschuss die Aufgabe zugewiesen, die allgemeinen Voraussetzungen zur Feststellung eines lokalen Versorgungsbedarfes gem. § 100 Abs. 3 SGB V zu definieren.

In der Nr. 5 von § 101 Abs. 1 Satz 1 SGB V werden zusätzlich durch Einfügung der Wörter „in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind“ die bisher unabhängig von Zulassungsbeschränkungen mögliche Anstellung von Zahnärzten in Vertragszahnarztpraxen, deren Inhaber sich zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet haben, auf Planungsbereiche beschränkt, für die Zulassungsbeschränkungen bestehen. Für die Zulässigkeit der Anstellung von Zahnärzten in Planungsbereichen, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ist die Verpflichtung des Praxisinhabers zur Leistungsbegrenzung nicht mehr notwendig. Der Anstellung von Zahnärzten in Vertragsarztpraxen mit Leistungsbegrenzung ist zukünftig in § 95 Abs. 9 Satz 2 SGB V geregelt. § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V regelt die Anstellung von Zahnärzten ohne Leistungsbegrenzung.

---

Beseitigt wird in §101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V die dort bisher vorgesehene Beschränkung auf die Anstellung eines ganztags beschäftigten oder zweier halbtags beschäftigter Ärzte. Dies hat zur Folge, dass nunmehr grundsätzlich eine unbeschränkte Anzahl von Ärzten angestellt werden kann.

Ergänzt wird Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 um eine Sonderregelung im Fall lokalen Versorgungsbedarfs. Der neue Satz 8 sieht ergänzend die Möglichkeit von Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung vor, soweit und solange dies zur Deckung eines lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. Der Hinweis auf § 85 Abs. 4 b SGB V wird beseitigt.

Nach einem neu eingefügten § 101 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Bestimmung der Voraussetzung der Fachidentität im Rahmen der bedarfsrechtlichen Konkretisierung des Jobsharings nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V und der Anstellung von Zahnärzten nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V aufgegeben. Sofern die Weiterbildungsordnungen mehrere Facharztbezeichnungen innerhalb desselben Fachgebiets vorsehen, bestimmen die Richtlinien nach Nummer 4 und 5 auch, welche Facharztbezeichnungen bei der gemeinschaftlichen Berufsausübung nach Nr. 4 und bei der Anstellung nach Nummer 5 vereinbar sind.

Neben einer redaktionellen Änderung in § 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V, wonach der Begriff „Planungsregion“ durch den Begriff „Planungsbereich“ ersetzt wird, wird zusätzlich geregelt, dass Vertragszahnärzte, deren Versorgungsauftrag nach § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 19 a-neu der ZV-Z auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränkt ist, bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich auch nur mit einer halben Stelle gerechnet werden.

Ferner werden die nach § 95 Abs. 9 Satz 2-neu- SGB V angestellten Zahnärzte, die einer Zahnarztgruppe angehören, für die Leistungsbeschränkungen angeordnet sind, nicht in den Versorgungsgrad eingerechnet.

---

Ein neuer Absatz 3 a nach § 101 Abs. 3 SGB V bestimmt, dass mit Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen die Verpflichtung des Vertragszahnarztes, der einen Zahnarzt nach § 95 Abs. 9 Satz 2-neu- SGB V angestellt hat, zur Leistungsbegrenzung entfällt. Endet die Leistungsbegrenzung, wird der angestellte Zahnarzt bei der Ermittlung des Versorgungsgrades mitgerechnet.

### **Bewertung**

Insbesondere im Hinblick auf die Ungleichbehandlung von angestellten Zahnärzten in einer Vertragszahnarztpraxis und in einem Medizinischen Versorgungszentrum halten KZBV und BZÄK die vorgesehenen Regelungen nicht für ausreichend. Die vorgesehenen erleichterten Kooperationsmöglichkeiten werden ungenutzt bleiben, wenn die rigiden Begrenzungsregelungen die jeweilige Praxis in § 101 Abs. 1 Nrn. 4 und 5 an der Erbringung und Abrechnung zusätzlicher, über das bisherige Leistungsvolumen hinausgehender Leistungen einschränken. Grundsätzlich werden die Regelungen zur Anstellung von Zahnärzten begrüßt, da sie teilweise mit den Forderungen von KZBV und BZÄK in Einklang stehen.

Die Möglichkeit, Zahnärzte auch mit anderen Fachzahnarztbezeichnungen sowie mit individueller Arbeitszeitgestaltung anstellen zu können, sofern Zulassungsbeschränkungen nicht entgegenstehen, wird seitens KZBV und BZÄK ausdrücklich begrüßt. Sie entspricht einer jahrelangen Forderung der KZBV, wonach die Anstellung eines Zahnarztes bereits deshalb nicht von einer identischen Fachgebietsbezeichnung abhängen kann, da berufsrechtlich und zulassungsrechtlich grundsätzlich jeder Vertragszahnarzt alle vertragszahnärztlichen Leistungen erbringen kann und darf. Die vorgesehenen erleichterten Kooperationsmöglichkeiten laufen jedoch ins Leere, wenn die rigiden Begrenzungsregelungen die jeweilige Praxis in § 101 Abs. 1 Nrn. 4 und 5 SGB V an der Erbringung und Abrechnung zusätzlicher, über das bisherige Leistungsvolumen hinausgehender Leistungen hindert. Durch diese Bestimmungen werden zusätzliche Tätigkeitsmöglichkeiten in der vertragszahnärztlichen Praxis, die ausweislich des dem Gesetzentwurf

---

zugrunde liegenden Eckpunkteapiers gerade gefördert werden sollen, im Gegenteil sogar verhindert.

Zu begrüßen ist die Änderung des § 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V, wonach nunmehr auch die bei einem Vertragsarzt nach § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V angestellten Zahnärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen sind.

Der neue Abs. 3 a des § 101 SGB V regelt die Beendigung der Leistungsbegrenzung nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen. Diese Änderung bewirkt zwar eine gewisse Lockerung der bisherigen rigiden Leistungsbegrenzung, führt jedoch nicht zu einer Förderung der Kooperation von Zahnärzten, die nach dem Gesetz eigentlich bezweckt werden soll.

### **§ 103 Abs. 4 b SGB V**

#### **Verzicht auf die Zulassung in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind und Anstellung**

Entsprechend der Bestimmung in § 103 Abs. 4 a SGB V hinsichtlich der Anstellung von Zahnärzten in Medizinischen Versorgungszentren soll nunmehr dann, wenn ein Vertragszahnarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung verzichtet, um bei einem Vertragszahnarzt als angestellter Zahnarzt tätig zu werden, der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen haben. Die Nachbesetzung der Stelle eines angestellten Zahnarztes soll auch dann möglich sein, wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.

### **Bewertung**

Grundsätzlich ist die vorgesehene Gleichbehandlung der Anstellungsmöglichkeiten in Praxen niedergelassener Vertragszahnärzte mit den Möglichkeiten der Medizinischen Versorgungszentren zu begrüßen.

---

Die vorgesehene Bestimmung in § 103 Abs. 4 b Satz 2 SGB V ist aber insofern unverständlich, als eine Nachbesetzung einer Stelle eines angestellten Zahnarztes ebenso wie die Neueinstellung eines angestellten Zahnarztes gem. § 95 Abs. 9 SGB V ohnehin möglich ist, allerdings nur mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V erfüllt sein müssen. Die zusätzliche Bestimmung in § 103 Abs. 4 b Satz 2 SGB V ist daher nur dann sinnvoll, wenn dadurch ausgedrückt werden soll, dass im Falle einer Nachbesetzung der Stelle eines aus einer vertragszahnärztlichen Praxis ausscheidenden angestellten Zahnarztes diese Voraussetzungen nicht gelten. Nur so kann auch eine Verschlechterung der Rechtsstellung des anstellenden Vertragszahnarztes durch das bloße Ausscheiden eines bisher bei ihm angestellten Zahnarztes und dessen Ersetzung durch einen anderen angestellten Zahnarzt vermieden werden. Da diese Rechtsfolge aber weder in der vorgesehenen Fassung von § 103 Abs. 4 b SGB V, noch in der diesbezüglichen Begründung ausdrücklich angesprochen wird, ist eine entsprechende Klarstellung zu fordern.

### **§ 140 f SGB V**

#### **Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung für Patientenvertreterinnen und –vertreter und Aufwandsentschädigung**

In den Bestimmungen zur Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung soll jeweils festgelegt werden, dass das Mitberatungsrecht auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung beinhaltet. Ferner soll in § 140 f Abs. 5 SGB V zusätzlich zu der bisher vorgesehenen Reisekostenvergütung ein Ersatz des Verdienstausfalles der Patientenvertreter entsprechend § 41 Abs. 2 SGB IV sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gem. § 18 SGB IV aufgenommen werden.

### **Bewertung**

Gegen ein Anwesenheitsrecht der sachkundigen Personen auch bei Beschlussfassungen ist unter Beachtung des Vertraulichkeitsgrundsatzes nichts einzuwenden.

---

Die weitere Finanzierung der Beteiligung dieser sachkundigen Personen durch Mittel der GKV ist allerdings zumindest systemfremd.

### **§ 285 Abs. 3 SGB V**

#### **Einschränkung des Übermittlungsverbots von personenbezogener Daten**

In Ergänzung zu den Bestimmungen zur Erhebung, Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten bei den KZVen soll zusätzlich bestimmt werden, dass KZVen sich nach § 285 Abs. 1 und 2 SGB V erhobene Daten übermitteln dürfen, soweit dies für Zwecke der Anwendung von ortsgebundenen Regelungen im Zusammenhang mit überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften erforderlich ist. Ferner sollen KZVen und KVen Daten hinsichtlich solcher Medizinischer Versorgungszentren, die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Leistungen erbringen, auf Anforderung austauschen können.

#### **Bewertung**

Die vorgesehenen Bestimmungen stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit der vorgesehenen Zulassung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften in § 33 Abs. 2 ZV-Z. Insofern wird auf die diesbezüglichen Ausführungen verwiesen.

Die parallel dazu vorgesehene weitere Liberalisierung des Zulassungsrechts in §24 Abs. 3 ZV-Z verlangt allerdings eine darüber hinausgehende Ermächtigung der KZVen zum diesbezüglichen Datenaustausch. Denn die vorgesehene Neufassung von § 24 Abs. 3 Satz 3 ZV-Z sieht vor, dass ein Vertragszahnarzt, der seine vertragszahnärztliche Tätigkeit an einem weiteren Ort außerhalb des Bezirks seiner KZV ausüben möchte, hierfür einen Anspruch auf Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er die Tätigkeit aufnehmen will dann hat, wenn die „Voraussetzungen nach Satz 1“ vorliegen. Gemäß der vorgesehenen Neufassung von § 24 Abs. 3 Satz 1 ZV-Z

---

soll eine Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit an weiteren Orten dann zulässig sein, wenn und soweit

1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und
2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.

Inwieweit die Voraussetzungen von § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 ZV-Z vorliegen, kann vom Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk der Vertragszahnarzt seine Tätigkeit aufnehmen will, nicht aus eigener Kenntnis beantwortet werden. Denn diese Fragestellung bezieht sich auf einen Vertragszahnarztsitz in dem Bereich einer anderen KZV. Insofern kann auch die KZV, in deren Bereich der Bezirk liegt, in den der Vertragszahnarzt seine weitere Tätigkeit aufnehmen möchte, über keine näheren Informationen verfügen. Diese Informationen können dem Zulassungsausschuss nur von derjenigen KZV, bzw. demjenigen Zulassungsausschuss übermittelt werden, in dem sich der Vertragszahnarztsitz des Vertragszahnarztes befindet. Dementsprechend sieht § 24 Abs. 3 Satz 3 2. Halbsatz ZV-Z auch eine Anhörung des Zulassungsausschusses am Vertragszahnarztsitz und der betroffenen KZVen vor. Insofern müssen in § 285 Abs. 3 SGB V dann auch entsprechende Ermächtigungen zur Datenübermittlung aufgenommen werden.

Die vorgesehene Möglichkeit der Datenübermittlung zwischen KZVen und KVen hinsichtlich Medizinischer Versorgungszentren ist grundsätzlich zu begrüßen. In diesem Zusammenhang ist aber eine entsprechende Ermächtigung auch für solche Vertragsärzte und Vertragszahnärzte erforderlich, die aufgrund einer Doppelzulassung sowohl vertragsärztliche als auch vertragszahnärztliche Leistungen erbringen und abrechnen.

---

## **§ 19 a ZV-Z**

### **Beschränkung des aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrags auf die Hälfte; „Teilzulassung“**

In einem neu eingefügten § 19 a ZV-Z soll in Abs. 1 zunächst der Grundsatz geregelt werden, dass der Vertragszahnarzt verpflichtet ist, seine Tätigkeit vollzeitig auszuüben.

In Abs. 2 soll festgehalten werden, dass der Zahnarzt durch eine schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer Vollzeittätigkeit beschränken kann. Diese Beschränkung wird vom Zulassungsausschuss sodann entweder im Rahmen eines Zulassungsbeschlusses oder durch einen besonderen Beschluss festgestellt.

Gemäß Abs. 3 kann eine Beschränkung des Versorgungsauftrages durch Beschluss des Zulassungsausschusses auf einen schriftlichen Antrag des Zahnarztes hin wieder aufgehoben werden. Hierfür gelten die Regelungen des VI. Abschnittes der Zulassungsverordnung mit Ausnahme der Altersgrenze von 55 Jahren in § 25 ZV-Z. Ausweislich der Begründung soll dadurch nichts an der bisherigen Rechtslage geändert werden, dass eine Nebentätigkeit in geringfügigem Umfang (maximal ca. 13 Wochenstunden) einer Vollzeitbeschäftigung im Sinne von § 19 a Abs. 1 ZV-Z nicht entgegen steht.

Für eine spätere Erweiterung der Zulassung soll formal ein neues Zulassungsverfahren durchgeführt werden mit der Folge, dass ein Antrag auf Erweiterung der Zulassung dann abzulehnen ist, wenn z.B. für den entsprechenden Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen angeordnet worden sein sollten.

## **Bewertung**

Es handelt sich um eine Folgeänderung der vorgesehenen Einführung einer Möglichkeit zur Beschränkung des Versorgungsauftrages in § 95 Abs. 3 SGB V.



---

Im Grundsatz sind diese Bestimmungen als eine weitere Liberalisierung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit zu begrüßen. Allerdings schränkt die vorgesehene Bestimmung, dass hinsichtlich einer späteren Erweiterung der Zulassung erneut ein vollständiges Zulassungsverfahren durchzuführen ist, wobei auch eventuell zwischenzeitlich vorgenommene Zulassungsbeschränkungen zu berücksichtigen sind, die praktische Bedeutung dieser Vorschrift wesentlich ein. Für den betroffenen Vertragszahnarzt besteht danach keine Gewissheit darüber, ob er zu einem späteren Zeitpunkt eine Vollzulassung erhalten kann, so dass ihm entsprechende Planungsmöglichkeiten hinsichtlich seiner Praxisstruktur ebenso abgeschnitten sind, wie die Möglichkeit zur flexiblen Reaktion auf gegebenenfalls veränderte Bedarfstrukturen seiner Praxis. Vor dem Hintergrund, dass keine exakte stundenbezogene Definition einer Vollzeitbeschäftigung existiert, diese – von Extremfällen abgesehen – auch praktisch kaum zu überprüfen ist und zudem die Möglichkeit besteht, eine Nebentätigkeit mit einer entsprechenden Einschränkung der Tätigkeit in der vertragszahnärztlichen Praxis auszuüben, ohne dass dies einer Vollzeittätigkeit in diesem Sinne entgegensteht, wird in der Regel eine faktische Einschränkung der Praxistätigkeit gegenüber einer formellen Einschränkung durch Beantragung einer Teilzulassung für den betroffenen Vertragszahnarzt von Vorteil sein. Da eine Vertragszahnarztpraxis auch aus betriebswirtschaftlichen Gründen über eine entsprechende Planungssicherheit verfügen muss, könnte eine echte Liberalisierung nur dadurch erreicht werden, dass die Möglichkeit einer Erweiterung der Zulassung unabhängig von zwischenzeitlich eventuell angeordneten Zulassungsbeschränkungen bestehen würde, wobei dem aber das weitergeführte Bedarfsplanungsrecht entgegen steht.

## **§ 24 ZV-Z**

### **Tätigkeit an anderen Orten als dem Vertragszahnarztsitz**

In § 24 ZV-Z soll durch neu eingefügte Absätze 3 bis 6 geregelt werden, dass Vertragszahnärzte ihre Tätigkeit auch außerhalb ihres Vertragszahnarztsitzes an weiteren Orten ausüben können, wenn und soweit

1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und
2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.

Liegen die weiteren Orte im Bezirk der KZV, in welcher der Vertragszahnarzt Mitglied ist, hat er bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf vorherige Genehmigung durch seine KZV. Zulässig soll auch eine Tätigkeit an weiteren Orten außerhalb des Bezirkes seiner KZV sein, wofür der Vertragszahnarzt eine Ermächtigung des Zulassungsausschusses benötigt, in dessen Bezirk er die Tätigkeit aufnehmen will. Auf die Ermächtigung besteht ein Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 ein Anspruch. Der Zulassungsausschuss, in deren Bereich der Vertragszahnarztsitz liegt und die beteiligte KZV sind zuvor anzuhören. Die Aufnahme der Tätigkeit an weiteren Orten soll unabhängig von der Altersgrenze von 55 Jahren gem. § 31 Abs. 9 ZV-Z möglich sein.

Der Vertragszahnarzt kann sowohl für seine Tätigkeit an den weiteren Orten weitere Zahnärzte anstellen als auch diejenigen Zahnärzte, die bereits an seinem Vertragszahnarztsitz angestellt sind, an dem weiteren Ort beschäftigen. Soweit die Tätigkeit des Vertragszahnarztes an einem der anderen Vertragszahnarztsitze eines Mitgliedes einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft nach § 33 Abs. 2 ZV-Z erfolgt, soll keine Genehmigung erforderlich sein.

In einem neu gefassten § 24 Abs. 4 ZV-Z soll geregelt werden, dass die Genehmigung und die Ermächtigung zur Aufnahme weiterer vertragszahnärztlicher Tätigkeiten nach Abs. 3 mit Auflagen versehen werden können, wenn dies zur Sicherung der Erfüllung der Versorgungspflicht des Vertragszahnarztes am Vertragszahnarztsitz und an den weiteren Orten unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Zahnärzte erforderlich ist. Das Nähere soll in den Bundesmantelverträgen einheitlich geregelt werden.

Ferner soll gemäß der Neufassung von § 24 Abs. 5 ZV-Z die Tätigkeit in ausgelagerten Praxisräumen zur Erbringung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsleistungen in

räumlicher Nähe zum Vertragszahnarztsitz bei unverzüglicher Anzeige gegenüber der KZV zulässig sein.

In der Neufassung von § 24 Abs. 6 ZV-Z soll die bisher in Abs. 3 enthaltene Bestimmung zum Wechsel des Fachgebietes nur mit vorheriger Genehmigung des Zulassungsausschusses auf die neue Nomenklatur der Musterweiterbildungsordnung der BZÄK umgestellt werden. Die bisherige Bezeichnung „Fachgebiet“ soll dadurch durch „Gebietsbezeichnung“ ersetzt werden.

### **Bewertung**

Die vorgesehenen Neuregelungen stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit den weiteren zur Berufsausübungsgemeinschaft in der Neufassung von § 33 Abs. 2 ZV-Z. Insofern wird daher auf die dortige gemeinsame Bewertung verwiesen.

### **§ 25 ZV-Z**

#### **Altersgrenze von 55 Jahren**

Die in § 25 ZV-Z vorgesehene Altersgrenze für die Zulassung eines Vertragszahnarztes von 55 Jahren soll dadurch eingeschränkt werden, dass diese Beschränkung nicht gelten soll, wenn dies zur Beseitigung einer vom Landesausschuss nach § 16 Abs. 2 ZV-Z festgestellten Unterversorgung erforderlich ist sowie für angestellte Zahnärzte in Medizinischen Versorgungszentren oder bei Vertragszahnärzten.

### **Bewertung**

Die Neuregelung ist grundsätzlich als zumindest teilweise Aufhebung der bisherigen, sachlich nicht gerechtfertigten Einschränkung der Berufswahlfreiheit der betroffenen Zahnärzte zu begrüßen. Dies ändert jedoch nichts daran, dass sowohl aus verfassungsrechtlichen Gründen als auch unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich auch vom Gesetzgeber grundsätzlich wahrgenommenen Veränderung der Versorgungssituation

---

eine generelle Beseitigung der Altersgrenzen im SGB V zu fordern ist. Insofern kann ergänzend auf die obige Stellungnahme zu den vorgesehenen Neuregelungen in §95 Abs. 7 SGB V verwiesen werden.

### **§ 32 b Abs. 1 ZV-Z**

#### **Beschäftigung angestellter Zahnärzte**

Gemäß der vorgesehenen Neufassung von § 32 b Abs. 1 ZV-Z sollen in den Bundesmantelverträgen einheitliche Regelungen über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Zahnärzte unter Berücksichtigung der Versorgungspflicht des anstellenden Vertragszahnarztes getroffen werden.

#### **Bewertung**

Die vorgesehene Neuregelung steht in unmittelbarem Zusammenhang mit den weiteren, zur Liberalisierung der Berufstätigkeit in den §§ 24 und 33 ZV-Z. Insofern wird daher auf die dortige gemeinsame Bewertung verwiesen.

### **§§ 32 Abs. 2 Satz 1 und 2, 32 b Abs. 1 und 2 ZV-Z**

#### **Tätigkeit von Inhabern einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde gem. § 13 ZHG**

In seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf hat der Bundesrat eine Ergänzung der §§ 32, 32 b ZV-Z dahingehend gefordert, dass für die Beschäftigung von Zahnärzten als Assistenten, Vertreter und angestellte Zahnärzte im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde gem. § 13 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG) genügen soll.

In der Begründung wird hierzu ausgeführt, diesen Personen sei zurzeit in der Regel die Beschäftigung als Assistent in einer Vertragszahnarztpraxis verwehrt. Dies sei nicht vertretbar, da die Erlaubnis diesen Personen ausdrücklich dieselben Rechte und Pflich-

---

ten wie die Approbation verleihe, sie gerade für die Tätigkeit als angestellter Zahnarzt erteilt werde und ausländischen Antragstellern die Möglichkeit genommen wäre, durch eine mehrjährige zahnärztliche Tätigkeit die Voraussetzungen für die Erteilung der Approbation als „besonderer Einzelfall“ zu erwerben.

Diesen Vorschlag hat die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung abgelehnt, da die Erlaubnis nach § 13 ZHG keinen gleichwertigen Ausbildungsstand gegenüber einem Vertragszahnarzt gewährleiste.

### **Bewertung**

Der Gegenäußerung der Bundesregierung ist im Ergebnis und in der Begründung in vollem Umfange zuzustimmen.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die in der Stellungnahme des Bundesrates abgegebenen Begründungen inhaltlich unzutreffend sind. Erlaubnisinhaber nach § 13 ZHG können als Entlastungsassistent gem. § 32 Abs. 2 Satz 2 ZV-Z und auf der Grundlage einer Ermächtigung gem. § 31 Abs. 3 ZV-Z tätig werden, da in beiden Fällen eine Approbation nicht verlangt wird.

§ 13 ZHG überträgt dem Erlaubnisinhaber auch keineswegs dieselben Rechte und Pflichten wie einem Vertragszahnarzt. Vielmehr bestimmt § 13 ZHG im Gegenteil eine Vielzahl von Einschränkungen und gem. § 13 Abs. 5 ZHG haben diese Personen lediglich „im Übrigen“ die Rechte und Pflichten eines Zahnarztes.

Die Erlaubnis gem. § 13 ZHG wird auch keineswegs „gerade für die Tätigkeit als angestellter Zahnarzt erteilt“. Die Erlaubnis kann zwar auf bestimmte Tätigkeiten beschränkt und mit einer Auflage verbunden werden, eine generelle Beschränkung auf eine abhängige Tätigkeit ist aber nicht vorgesehen.

---

Schließlich ist eine Approbationserteilung in den Ausnahmefällen des § 2 Abs. 3 ZHG auch nicht an eine „mehrjährige zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen einer Erlaubnis nach § 13 ZHG“ gebunden. Eine solche kann auch nicht in allen Fällen ausreichen, da zumindest dann, wenn der Antragsteller zugleich auch nicht die Voraussetzungen gem. § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 ZHG erfüllt, ggf. noch eine Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes festzustellen ist.

Zudem sieht die Stellungnahme des Bundesrates sogar eine Möglichkeit für Erlaubnisinhaber vor, als Vertreter eines Vertragszahnarztes tätig werden zu können. Dabei wird verkannt, dass es sich bei einem Vertreter nicht um einen abhängig Beschäftigten des Vertragszahnarztes handelt, sondern dass dieser in der vertragszahnärztlichen Praxis ohne eine Kontrolle des Vertragszahnarztes völlig selbständig tätig wird. Eine fachliche Überwachung und Kontrolle durch einen entsprechend qualifizierten Vertragszahnarzt wäre in derartigen Fällen in keiner Weise gewährleistet.

Bereits wegen erheblicher Gefahren für die Volksgesundheit kann der Forderung des Bundesrates daher nicht gefolgt werden.

### **§ 33 ZV-Z**

#### **Gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten**

Zunächst soll durch eine Ergänzung in § 33 Abs. 1 Satz 3 ZV-Z klargestellt werden, dass der dort vorgesehene Ausschluss einer gemeinsamen Beschäftigung von Zahnärzten und Ärzten nicht für Medizinische Versorgungszentren gilt.

Durch eine Neufassung der bisherigen Bestimmungen in § 33 Abs. 2 ZV-Z zur gemeinsamen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit (Gemeinschaftspraxis) soll geregelt werden, dass diese unter allen zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern sowohl an einem gemeinsamen Vertragszahnarztsitz (örtlich Berufsausübungsgemeinschaft) als auch bei unterschiedlichen Vertragszahnarztsitzen (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) zulässig ist. Eine überörtliche Berufsaus-

---

übungsgemeinschaft soll nur dann zulässig sein, wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des jeweiligen Mitglieds an seinem Vertragszahnarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Zahnärzte in dem erforderlichen Umfang gewährleistet ist sowie das Mitglied und die bei ihm angestellten Zahnärzte an den Vertragszahnarztsitzen der anderen Mitglieder nur in zeitlich begrenztem Umfang tätig werden. In jedem Falle bedarf die Berufsausübungsgemeinschaft gemäß der vorgesehenen Neufassung von § 33 Abs. 3 ZV-Z der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Für die Beantragung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragszahnarztsitzen in mehreren Zulassungsbezirken einer KZV soll der zuständige Zulassungsausschuss durch eine gesamtvertragliche Vereinbarung bestimmt werden.

Zulässig sein soll auch eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit Vertragszahnarztsitzen in mehreren KZVen. In diesem Fall soll die Berufsausübungsgemeinschaft selbst denjenigen Vertragszahnarztsitz wählen, der sowohl für die Genehmigungsentscheidung als auch für die auf die gesamte Leistungserbringung anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen, insbesondere zur Vergütung, zur Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen maßgeblich sein soll. Die Wahl soll für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren unwiderruflich sein. Die Genehmigung kann mit Auflagen erteilt werden, wenn dies zur Sicherung der Anforderungen nach Abs. 2 erforderlich ist. Das Nähere hierzu ist einheitlich in den Bundesmantelverträgen zu regeln.

Ausweislich der Begründung soll auch hierdurch eine Liberalisierung des Berufsrechts in der Musterberufsordnung der BZÄK nachvollzogen werden. In diesem Zusammenhang wird hervorgehoben, dass zukünftig auch eine Berufsausübungsgemeinschaft zwischen Zahnärzten und Medizinischen Versorgungszentren möglich sein und dass für die Mitglieder einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft die Präsenzpflcht an ihrem eigenen Vertragszahnarztsitz grundsätzlich fortbestehen soll. Ferner soll bei KZV-übergreifenden, überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften die Genehmigungsentscheidung eines Zulassungsausschusses in der von der Berufsausübungsgemeinschaft gewählten KZV verbindliche Wirkung auch für alle anderen beteiligten Gesamtvertrags-

---

partner haben. Die weiteren in diesem Zusammenhang zur Abwicklung der Leistungserbringung erforderlichen Vorgaben sollen in den Richtlinien der KZBV nach § 75 Abs. 7 Nr. 2 SGB V sowie den Bundesmantelverträgen geregelt werden.

## **Bewertung**

Wie oben bereits erwähnt, stellt die Begründung zur vorgesehenen gesetzlichen Neuregelung die bisherige Rechtsentwicklung auf den Kopf, war es doch der Sozialgesetzgeber, der durch Verabschiedung des GMG zunächst massiv in das Berufsrecht der Länder eingegriffen hat und mit dem Medizinischen Versorgungszentrum in allen zulässigen Rechtsformen zumindest in jenen Bundesländern für Rechtsunsicherheit sorgte, in denen die Führung einer (zahn)ärztlichen Praxis in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts durch landesgesetzliche Regelung (Heilberufs-Kammergesetz) verboten ist.

Die in Abs. 1 vorgesehene Klarstellung, dass in Medizinischen Versorgungszentren eine Zusammenarbeit von Ärzten und Zahnärzten möglich ist entspricht der bisherigen Bewertung durch die KZBV (vgl. Ziermann, MedR 04, 540).

Die in § 33 Abs. 2 und 3 ZV-Z vorgesehenen Neuregelungen zu den Berufsausübungsgemeinschaften stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit den vorgesehenen Neuregelungen zur Tätigkeit des Vertragszahnarztes außerhalb seines Vertragszahnarztsitzes in § 24 Abs. 3 bis 6 ZV-Z, so dass insofern eine einheitliche Bewertung erfolgt.

Grundsätzlich sind die vorgesehenen Liberalisierungen der Bestimmungen zum Ort der vertragszahnärztlichen Tätigkeit zu begrüßen. Dadurch kann es dem Vertragszahnarzt in weiterem Maße als bisher ermöglicht werden, Synergieeffekte in einer Gemeinschaftspraxis zu nutzen und flexibel auf veränderte Bedarfsstrukturen zu reagieren. Dies darf aber andererseits nicht zu einer Einschränkung der berufsrechtlichen Pflichten des Zahnarztes führen. Die Musterberufsordnung für Zahnärzte trifft in § 9 Absatz 2 folgende Regelung:



---

*Die Ausübung des zahnärztlichen Berufes in weiteren Praxen oder an anderen Orten, als dem Praxissitz, ist zulässig, wenn in jedem Einzelfall die ordnungsgemäße Versorgung der Patienten sicher gestellt wird.*

In der Tat zielt diese Formulierung auf eine größtmögliche Liberalisierung der Berufsausübungsregelungen ab. Eine völlige Freigabe ist damit aber ausdrücklich nicht verbunden – und das aus gutem Grund:

Die Berufsordnung eines Freien Berufs ist zentraler Ausdruck des Selbstverständnisses der Freien Berufe. Angehöriger eines Freien Berufs zu sein, bedeutet im Vergleich zu anderen Berufsgruppen nicht etwa die Befreiung von der allgemeinen Bindungswirkung der Gesetze. Richtigerweise ist gerade das Gegenteil der Fall: Freiberuflichkeit im historischen Rechtsvergleich meint Freiheit als eigenes Handeln und Gestalten an Stelle staatlicher Einrichtungen. Der damit artikulierte Anspruch, öffentliche Aufgaben wahrnehmen zu wollen, so zum Beispiel die "Gesunderhaltung der Bevölkerung" zu fördern (Ärzte/Zahnärzte), ein "unabhängiges Organ der Rechtspflege" zu sein (Rechtsanwälte) oder den "Schutz der Baukultur" (Architekten) zu betreiben, setzt den Ausgleich der eigenen Interessen mit den schützenswerten Interessen von berufsfremden Gruppen voraus. Soweit damit öffentlichen Aufgaben wahrgenommen wurden, folgte damit zugleich die Übernahme von öffentlicher Verantwortung - und damit gerade eine Einschränkung der eigenen Handlungsfreiheit. Die Freiheit, die eigenen beruflichen Belange selbst zu gestalten, ist mit der Verpflichtung für das Gemeinwohl einzustehen verbunden.

In diesem Sinne hat sich die Zahnärzteschaft Berufsordnungen gegeben, welche die Beachtung des Patientenschutzes mit den Belangen des Berufsstandes (Berufsausübungsfreiheit) in Einklang bringen.

§ 9 Abs. 2 der Musterberufsordnung für Zahnärzte eröffnet dem nach § 9 Abs. 1 niedergelassenen Zahnarzt die Möglichkeit, seinen Beruf auch in weiteren Praxen oder an anderen, nicht näher bezeichneten Orten auszuüben. Soweit also ein fester Praxissitz vor-

---

handen ist, kann der Zahnarzt mehrere eigene Praxen unterhalten oder auch als freier Mitarbeiter in fremden Praxen tätig werden. Weiterhin kann er, zum Beispiel mit mobilen Behandlungseinheiten, nach § 9 Abs. 2 MBO in Alters- oder Pflegeheimen seinen Beruf ausüben.

Die Zahl der Zweitpraxen oder die Zahl und Art der anderen Orte der Berufsausübung wird durch § 9 Abs. 2 MBO nicht begrenzt oder bestimmt. Als Grenze im Sinne des Patientenschutzes muss der Zahnarzt jedoch nach § 9 Abs. 2 MBO in jedem Einzelfall die ordnungsgemäße Versorgung seiner Patienten sicherstellen können. Ob diese Voraussetzung gegeben ist, hat der Zahnarzt vor dem Hintergrund seiner besonderen ethischen Verpflichtung selbstständig und eigenverantwortlich zu prüfen.

Die geplante Regelung des § 24 Abs. 3 ZV-Z höhlt diese dem Patientenschutz dienende und in diesem Sinne unverzichtbare Regelung aus, indem er nur auf die „ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes“ abstellt.

In genereller Hinsicht lassen überdies auch die Ausführungen in der amtlichen Begründung zum Gesetzentwurf die Frage offen, in welchem Verhältnis die vertrags(zahn)ärztlichen Regelungen zu Berufsrecht auf Länderebene stehen sollen, nachdem man die Notwendigkeit sieht, Bestimmungen aus Musterberufsordnungen „transformieren“ zu müssen.

Im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung ergeben sich Probleme daraus, dass der Vertragszahnarzt weiterhin einer Bedarfsplanung hinsichtlich einzelner Planungsbereiche unterliegt und er Mitglied einer KZV ist, wobei sich die Leistungsabrechnung und -prüfung nach besonderen Bestimmungen in dem für ihn jeweils geltenden Gesamtvertrag richten. Bereits die Komplexität der in den §§ 24 und 33 ZV-Z vorgesehenen Neuregelungen verdeutlicht die Schwierigkeit, diese gesetzlichen Bestimmungen, die sich regelmäßig auf einen bestimmten KZV-Bereich, bzw. sogar noch auf Untergliederungen beziehen, mit einer Tätigkeit von Vertragszahnärzten an mehreren Orten in Einklang zu bringen.

---

Im Ergebnis sind die vorgesehenen Bestimmungen jedenfalls insofern abzulehnen, als sie eine auch KZV-übergreifende überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft als zulässig bezeichnen. Denn eine solche ließe sich praktisch nicht mit den fortbestehenden Bestimmungen zur Bedarfsplanung und zur KZV-bezogenen Budgetierung der Gesamtvergütungen und den zur Umsetzung dieser Bestimmungen erforderlichen Regularien, z.B. zu den Verteilungsmaßstäben vereinbaren.

Die vorgesehenen Bestimmungen führen dazu, dass zukünftig eine Ausübung der Zahnheilkunde im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung im Umherziehen ermöglicht wird. Die formal noch fortbestehenden Bestimmungen z.B. zur Residenzpflicht in § 24 Abs. 2 ZV-Z, zur vertragszahnärztlichen Bedarfsplanung und zur Budgetierung der Gesamtvergütungen werden damit ad absurdum geführt. Es werden zwar in § 24 Abs. 3 Satz 1 ZV-Z besondere Voraussetzungen für die Tätigkeit an verschiedenen weiteren Orten statuiert, ohne dass diese aber inhaltlich konkretisiert und für die KZV nachprüfbar ausgestaltet werden.

Die Ausübung der zahnärztlichen Tätigkeit im Umherziehen ist auch berufsrechtlich unzulässig. § 9 Absatz 1 der Musterberufsordnung für Zahnärzte regelt dazu unmissverständlich:

*Die Berufsausübung des selbstständigen Zahnarztes ist an einen Praxissitz gebunden.*

Nach wie vor nicht zulässig ist damit die Berufsausübung im Umherziehen, das heißt, die Aufnahme zahnärztlicher Tätigkeit ohne die Begründung eines auch kammerrechtlich gemeldeten Praxissitzes. Dieses Erfordernis trägt dem Interesse des Patienten Rechnung, den ihn behandelnden Zahnarzt in Notfällen, aber auch haftungsrechtlich zuverlässig an einem bestimmten Ort erreichen zu können. Es soll verhindert werden, dass der Zahnarzt zum Pendler wird (siehe auch VGH Stuttgart, Urt. vom 20.05.1969 -IV 239/68-, ESVGH 20, 106 <108> = DA 1969, 2857).

---

Diese Problematik wird noch dadurch verschärft, dass zukünftig eine Tätigkeit an verschiedenen Orten nicht nur innerhalb eines KZV-Bereiches, sondern auch KZV-bereichsübergreifend möglich sein soll, wofür zwar eine Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss erforderlich sein soll, in dessen Bereich die weitere Tätigkeit aufgenommen werden soll, wobei auf die Erteilung der Ermächtigung aber ein Anspruch besteht und der Zulassungsausschuss des Vertragszahnarztsitzes und die betroffenen KZVen lediglich angehört werden sollen. Zudem soll der Vertragszahnarzt zukünftig grundsätzlich berechtigt sein, eine unbegrenzte Anzahl von Zahnärzten einzustellen und diese unabhängig von dem Ort ihrer Anstellung an jedem Tätigkeitsort einzusetzen. Dies soll darüber hinaus auch im Rahmen überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften möglich sein.

Im Übrigen sind die Voraussetzungen in § 24 Abs. 3 Satz 1 ZV-Z nicht hinreichend konkretisiert ausgestaltet. Eine Verbesserung der Versorgung im Sinne von §24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 ZV-Z lässt sich bereits durch die Tätigkeit eines zusätzlichen Zahnarztes an dem jeweiligen Ort konstruieren. Demgegenüber lässt sich zwar auch argumentieren, dass eine (weitere) Verbesserung der Versorgung zumindest in bereits überversorgten Planungsbereichen nicht mehr möglich sei, eine solche Argumentation ist aber angesichts des Verzichtes des Verordnungsgebers auf eine strikte Anbindung der Tätigkeit an den weiteren Orten an die allgemeinen Bestimmungen des Bedarfsplanungsrechts keineswegs rechtssicher. Zudem könnte gerade unter Berücksichtigung der zeitgleich beabsichtigten Einführung besonderer Bestimmungen zur allgemeinen Berücksichtigung lokaler Versorgungsbedarfe in § 100 Abs. 3 SGB V argumentiert werden, dass ganz unabhängig von den bedarfsplanungsrechtlichen Gegebenheiten durch die Tätigkeit des weiteren Zahnarztes dennoch ein zusätzlicher Versorgungsbedarf gedeckt werde.

Wenig konkret ist auch das weitere Erfordernis des § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 ZV-Z, wonach durch die Tätigkeit des Vertragszahnarztes an weiteren Orten die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes nicht beeinträchtigt werden darf. Angesichts der dem Gesetzentwurf insgesamt, insbesondere aber den vorgesehenen Neuregelungen in den §§ 24, 33 ZV-Z zu entnehmenden Zielsetzung, ei-

---

ne möglichst weitgehende Flexibilisierung der vertragszahnärztlichen Berufstätigkeit zu ermöglichen, kann dem voraussichtlich nicht mit Erfolg entnommen werden, dass jede Einschränkung der Tätigkeit am eigentlichen Vertragszahnarztsitz einer Tätigkeit am anderen Ort entgegenstehen würde. Denn in diesem Falle würden die Bestimmungen bereits von vornherein leer laufen. Zudem könnte dem entgegen gehalten werden, dass der Versorgungsauftrag am Vertragszahnarztsitz auch durch ergänzende Tätigkeiten angestellter Zahnärzte erfüllt werden könnten, die zu diesem Zweck nach der ausdrücklich vorgesehenen Bestimmung des § 24 Abs. 3 Satz 6 ZV-Z nicht nur an dieser Stelle, sondern auch an den jeweiligen weiteren Orten nach Belieben eingesetzt werden können. Ferner können diese danach auch ganz unabhängig von einem bestimmten Versorgungsauftrag am weiteren Ort tätig werden, so dass der Vertragszahnarzt in einer solchen Konstellation für die Versorgung an seinem Vertragszahnarztsitz weiterhin unbeschränkt zur Verfügung stehen würde.

In diesem Zusammenhang müsste zudem geklärt werden, wie die Tätigkeitsausweitung an dem weiteren Ort bedarfsplanungsrechtlich zu berücksichtigen ist. Es müsste gesetzlich festgelegt werden, in welchem Umfang Tätigkeiten an weiteren Orten in die Ermittlung des Versorgungsbedarfes einfließen. Da zukünftig auch eine variable Teilzeitbeschäftigung von angestellten Zahnärzten möglich ist, wäre in diesem Zusammenhang zu klären, inwieweit gegebenenfalls eine Orientierung an der tatsächlichen Tätigkeitszeit zu erfolgen hat. Dabei ist schon jetzt zu berücksichtigen, dass eine Überprüfung dieser Tätigkeitszeiten durch die KZVen oder Zulassungsausschüsse faktisch kaum möglich sein dürfte.

Während eine mitgliedschaftliche Zuordnung von zugelassenen Mitgliedern der Berufsausübungsgemeinschaft noch theoretisch vorstellbar ist, kann diese Zuordnung bezüglich der angestellten Zahnärzte gemäß § 77 SGB V (neu) nicht mehr erfolgen. Die Anstellung erfolgt durch die Berufsausübungsgemeinschaft, mithin für alle Tätigkeitsorte mit Wirkung für die Gesamtpraxis. Somit würde der angestellte Zahnarzt Mitglied in allen betroffenen KZVen werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass gemäß § 24 Abs. 3 Satz 5, 6 und 8 ZV-Z eine örtliche Bindung weder für die zugelassenen Mitglieder der

---

Berufsausübungsgemeinschaft noch der Angestellten vorgesehen ist. Somit löst sich die Tätigkeit des einzelnen Zahnarztes von seinem Zulassungsort. Er ist grundsätzlich an jedem Ort der Berufsausübungsgemeinschaft zur Tätigkeit berechtigt. Bereits hieraus folgt, dass auch das Fortbestehen der bisherigen mitgliedschaftlichen Bindung die tatsächliche Zuordnung aufgrund der Leistungserbringung nicht abbildet. Es ist insoweit zu fordern, dass die Mitgliedschaftsverhältnisse den Zuständigkeiten der Leistungserbringung und Abrechnung folgen. Demzufolge muss die Bestimmung des gewillkürten Vertragszahnarztsitzes der Berufsausübungsgemeinschaft gleichzeitig zu einer Begründung eines Mitgliedschaftsverhältnisses führen. Für den Fall der Auflösung der Berufsausübungsgemeinschaft wäre eine entsprechende Rückführung bzw. Anpassung vorzusehen.

Dies gewährleistet darüber hinaus, dass die dem Mitgliedschaftsverhältnis vorbehaltenen Kompetenzen, wie z.B. Disziplinarbefugnis, bei der zur Überwachung des Abrechnungsgeschehens zuständigen KZV liegen. Nach dem jetzigen Entwurf müsste die abrechnende KZV die Feststellungen treffen, ohne hierauf Einfluss nehmen zu können.

Die in § 24 Abs. 3 Satz 6 ZV-Z vorgesehene Bestimmung, nachdem Zahnärzte, die an einem weiteren Ort tätig sind, hierfür an diesem nach Maßgabe der Vorschriften, die für sie als Vertragszahnärzte gelten würden, wenn sie an dem weiteren Ort zugelassen wären, Zahnärzte anstellen können, stellt eine sachlich nicht berechtigte Besserstellung dieser ermächtigten Zahnärzte gegenüber an diesem Ort aus sonstigen Gründen ermächtigten Zahnärzten dar, die gemäß § 32 a Satz 1 ZV-Z weiterhin die in dem Ermächtigungsbeschluss bestimmte vertragszahnärztliche Tätigkeit persönlich ausüben haben und hierfür keine angestellten Zahnärzte beschäftigen können.

Ungeklärt ist im Zusammenhang mit der Beschäftigung von angestellten Zahnärzten an weiteren Tätigkeitsorten bzw. in überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften zudem die Frage, inwieweit eine Tätigkeit solcher angestellter Zahnärzte auch ohne eine unmittelbare Überwachung durch den anstellenden Vertragszahnarzt zulässig sein soll. Insofern ist davon auszugehen, dass angestellte Zahnärzte nicht selbständig in eigener

---

Verantwortung als Zahnarzt tätig werden, sondern nur nach den Anweisungen und unter der persönlichen Aufsicht des Vertragszahnarztes tätig werden können. Die von den angestellten Zahnärzten vorgenommenen Behandlungen sind daher auch nur vom Vertragszahnarzt als eigene Leistungen abzurechnen und von diesem fachlich-zahnärztlich und abrechnungstechnisch zu verantworten (z.B. Schallen, Zulassungsverordnung, § 32 b Rn 794 ff.). Als abrechnungsfähig werden generell nur solche von Hilfspersonen erbrachte Leistungen angesehen, die unter der fachlichen Überwachung des Vertragszahnarztes selber erbracht worden sind. Die Überwachung setzt dabei die Anwesenheit des Vertragszahnarztes im Einflussbereich des Hilfspersonals voraus. Die bloße kurzfristige Erreichbarkeit des Zahnarztes auf Anforderung reicht insofern nicht aus (LSG Nordrhein-Westfalen, MedR 97, 94).

Soweit diese Kriterien auch den Tätigkeiten von angestellten Zahnärzten im Sinne der vorgesehenen §§ 24 Abs. 3, 33 Abs. 2 ZV-Z zugrundegelegt werden, wäre eine Tätigkeit von angestellten Zahnärzten jeweils nur während der Zeiten der Anwesenheit des Vertragszahnarztes an dem jeweiligen Tätigkeitsort möglich. Wenn insofern jedenfalls bei der Tätigkeit von Vertragszahnärzten in überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften gemäß dem vorgesehenen § 33 Abs. 2 Satz 2 ZV-Z ergänzend von einer Tätigkeit des Vertragszahnarztes an den Vertragszahnarztsitzen der anderen Mitglieder überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften nur in zeitlich begrenztem Umfang ausgegangen wird, würde dadurch die Tätigkeit von angestellten Zahnärzten an weiteren Orten außerhalb des Vertragszahnarztsitzes deutlich eingeschränkt. Eine solche statusrelevante Einschränkung sollte ebenfalls unmittelbar gesetzlich geregelt werden.

Die für § 24 Abs. 3 Satz 3 und 4 ZV-Z vorgesehene Möglichkeit des Vertragszahnarztes, mit einer Ermächtigung des Zulassungsausschusses auch in einem Bezirk außerhalb seines bisherigen KZV-Bereiches tätig werden zu können, macht zudem die Anwendung der Bestimmungen zum degressiven Punktwert gem. § 85 Abs. 4 b ff. SGB V auf diese Fallgestaltungen unmöglich. Danach reduziert sich der Vergütungsanspruch für weitere vertragszahnärztliche Behandlungen bei Überschreitung bestimmter Punktmengengrenzen prozentual. Sowohl die Ermittlung der Gesamtpunktmenge des jeweiligen Vertrags-

---

zahnarztes (§ 85 Abs. 4 c SGB V) als auch die Kürzung der Punktwerte bei Überschreitung bestimmter Punktmengengrenzen (§ 85 Abs. 4 e SGB V) ist jeweils durch diejenige KZV vorzunehmen, der gegenüber der Vertragszahnarzt seine Leistungen abrechnet.

Ausweislich der Begründung zur vorgesehenen Neufassung von § 24 Abs. 3 Satz 3 und 4 ZV-Z soll der Vertragszahnarzt in den genannten Fällen auf der Grundlage einer Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss am weiteren Tätigkeitsort tätig werden, um in das Leistungs- und Abrechnungssystem der dortigen KZV einbezogen zu werden. Dies bedeutet, dass der Vertragszahnarzt die an diesem weiteren Ort vorgenommenen Behandlungen über diese KZV und nicht – wie z.B. hinsichtlich der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft in der vorgesehenen Neufassung von § 33 Abs. 2 Satz 6 ZV-Z vorgesehen – über die KZV seines Vertragszahnarztsitzes abzurechnen hat. Daraus folgt, dass die am Vertragszahnarztsitz und am weiteren Ort erbrachten Leistungen jeweils über die hierfür zuständige KZV abzurechnen sind. Daher müssen diese Leistungen auch jeweils getrennt nach ihren Gesamtpunktmengen bewertet und gegebenenfalls den Bestimmungen zum degressiven Punktwert unterworfen werden. Dadurch könnte der Vertragszahnarzt aber eine Verdoppelung der Gesamtpunktmengen des § 85 Abs. 4 b SGB V und damit eine ungerechtfertigte Besserstellung gegenüber anderen Vertragszahnärzten erreichen, die nicht an einem weiteren Ort außerhalb des KZV-Bereiches des Vertragszahnarztsitzes tätig sind. Auch eine Zusammenführung der an verschiedenen Orten erbrachten Leistungsmengen ist z. B. in der vorgesehenen Neufassung von § 285 Abs. 3 SGB V, der sich ausdrücklich nur auf überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften bezieht, nicht vorgesehen. Diese würde zudem nichts daran ändern, dass nach den insofern unveränderten Bestimmungen des § 85 Abs. 4 b ff. SGB V die Berechnung der Gesamtpunktmengen jeweils auf das Leistungsvolumen gegenüber einer KZV bezogen ist und bei einer Überschreitung der Gesamtpunktmengengrenzen nur durch Addition der an den verschiedenen Orten erbrachten Leistungen keine Rechtsgrundlage für eine eventuelle Kürzung der Vergütungen gem. § 85 Abs. 4 e SGB V durch die beteiligten KZVen hinsichtlich der nur über sie abgerechneten Leistungsmengen, die hinter denen des § 85 Abs. 4 b SGB V zurück bleiben, vorhanden wäre.



---

Dabei wäre zudem gegebenenfalls eine exakte Bestimmung der Punkte erforderlich, die in den jeweiligen Abrechnungsbereichen tatsächlich erbracht worden sind und konkret zur Überschreitung von Punktmengengrenzen geführt haben, was im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht möglich ist. Denn diese Frage kann im Einzelfall für den Vertragszahnarzt von nicht unerheblicher Bedeutung z.B. dann sein, wenn in den beteiligten KZV-Bereichen unterschiedliche Vergütungen gelten oder z. B. nur in einem der betroffenen KZV-Bereiche nachträglich eine Reduzierung der Vergütung wegen einer Überschreitung des regionalen Budget erfolgt.

Vor diesem Hintergrund ist ergänzend zu klären, welche Rechtsfolgen mit der Ermächtigung in einer anderen KZV einhergehen. Die Ermächtigung sollte auch von der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss am bisherigen Vertragszahnarztsitz abhängig sein, damit dort keine Unterversorgung erzeugt wird, denn die erteilte Ermächtigung führt zwingend zur Einschränkung seines Zurverfügungstehens am bisherigen Vertragszahnarztsitz. Die in § 24 Abs. 3 Satz 3 2. Halbsatz ZV-Z vorgesehene Anhörung des Zulassungsausschusses des Vertragszahnarztsitzes bietet kein ausreichendes Korrektiv. Dem widerspricht auch nicht, dass der Vertragszahnarzt sich bei der Erfüllung seiner vertragszahnärztlichen Pflichten an beiden Orten eines angestellten Zahnarztes bedienen darf. Selbst wenn er durch diesen in der Lage wäre die Pflichten trotz der Tätigkeiten anderenorts zu erfüllen, muss dieses vom Zulassungsausschuss zuvor geprüft werden, da die Anstellungsgenehmigung vom Zulassungsausschuss am Vertragszahnarztsitz zu erteilen ist. Hinsichtlich der Anstellung von Zahnärzten an dem weiteren Tätigkeitsort ist in § 24 Abs. 3 Satz 7 ZV-Z lediglich vorgesehen, dass für die diesbezügliche Genehmigung derjenige Zulassungsausschuss zuständig ist, der auch die Ermächtigung nach Satz 3 zu erteilen hat. Anders als in § 24 Abs. 3 Satz 3 2. Halbsatz ZV-Z hinsichtlich der Ermächtigung selbst, ist für derartige Genehmigungserteilungen eine Konsultation der betroffenen KZVen oder des Zulassungsausschusses am Vertragszahnarztsitz nicht vorgesehen. Weder erfolgt somit eine einheitliche Entscheidung über die Tätigkeitsorte und den Tätigkeitsumfang des Vertragszahnarztes noch über die Zahl und den Tätigkeitsumfang der von ihm angestellten Zahnärzte. Hinsichtlich dieser ist noch nicht

---

einmal eine Kenntnis aller beteiligten Zulassungsausschüsse und gegebenenfalls KZVen sichergestellt. In diesem Zusammenhang bleibt auch offen, ob eine Anstellung mit Leistungsbeschränkung auch im Bereich der Ermächtigung fortgilt. Gemäß dem Gesetzentwurf erfolgt die Anstellungsgenehmigung nach dem Recht des Ortes der Zulassung. An diesem könnte Überversorgung vorliegen. Die Ermächtigung könnte jedoch nur für den Fall der Unterversorgung erteilt werden. Weitere Schwierigkeiten und offene Probleme ergeben sich dadurch, dass die jetzt vorgesehene Konstruktion (Zulassung und Ermächtigung) zu einer doppelten Mitgliedschaft in den jeweiligen KZVen führt und die Leistungen jeweils unabhängig nur gegenüber den zuständigen KZVen abgerechnet werden. Bereits aus diesem Grund sind die Degression, Wirtschaftlichkeitsprüfung, sowie Überwachungsaufgaben bzgl. des HVM nicht mehr in Bezug auf das gesamte Leistungs- und Abrechnungsgeschehen möglich.

Nach der Bewertung der KZBV und der BZÄK handelt es sich bei der Regelung des § 24 ZV-Z um eine Nebentätigkeitsbestimmung. Dies bedeutet, dass alle Nebentätigkeiten grundsätzlich die Pflichten aus der Zulassung nicht gefährden dürfen. Es bleibt somit am Zulassungsort bei der Präsenzpflcht, sowie der grundsätzlichen vollzeitlichen Leistungserbringung (§ 19 a Abs. 1 ZV-Z). Diese Bewertung klingt auch in der vorgesehenen Neufassung von § 24 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 ZV-Z an. Allerdings sind die dort vorgesehenen Voraussetzungen für die Tätigkeit an weiteren Orten und die Ermächtigung der KZVen bzw. der Zulassungsausschüsse zum Erlass von Nebenbestimmungen nicht hinreichend konkretisiert. Insbesondere soweit in diesem Zusammenhang Ermächtigungen angesprochen werden ist zu berücksichtigen, dass diese nach allgemeiner Bewertung statusbegründenden Charakter haben (z.B. BSG, MedR 94, 454). Zudem soll in § 24 Abs. 3 Satz 3 1. Halbsatz ZV-Z ausdrücklich bestimmt werden, dass auf die Ermächtigung grundsätzlich ein Anspruch besteht. Einschränkungen dieses grundsätzlichen Anspruches tangieren zudem die Berufsausübungsfreiheit der betroffenen Vertragszahnärzte und bedürfen daher nach der Wesentlichkeitstheorie einer Regelung aller wesentlichen Entscheidungen durch den Gesetzgeber selber (z.B. BVerfGE 61, 260; 77, 170). Dies gilt ebenso hinsichtlich der in der Neufassung von § 32 b Abs. 1 ZV-Z vorgesehenen Kompetenz der Bundesmantelvertragspartner zur Vereinbarung einheitli-

---

cher Regelungen über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Zahnärzte.

Soweit, wie nach den Äußerungen in der Verbändeerörterung zu einem Referentenentwurf eines VÄG und den Ausführungen in der Begründung des vorliegenden Gesetzentwurfes davon ausgegangen wird, dass für die Tätigkeit an weiteren Orten sowohl eines Vertragszahnarztes alleine, als auch unter Beschäftigung angestellter Zahnärzte bzw. als Mitglied einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft sowohl die Erfordernisse einer grundsätzlich vollzeitigen Tätigkeit am Vertragszahnarztsitz gem. § 19 a Abs. 1 ZV-Z, als auch die Präsenzpflcht am Vertragszahnarztsitz und die nur eingeschränkte Zulassung einer Nebentätigkeit gemäß der diesbezüglichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (z.B. BSGE 89, 134) fortbestehen, müssten derartige Voraussetzungen in der Zulassungsverordnung selbst eindeutig geregelt werden.

Dies gilt auch hinsichtlich der, in der Neufassung von § 33 Abs. 2 ZV-Z vorgesehenen überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die besondere Gestaltungsmöglichkeiten für die beteiligten Vertragszahnärzte eröffnen würden. Insofern ist nunmehr zwar vorgesehen, dass eine Genehmigung nur dann erfolgen kann, wenn die Versorgungspflicht am Vertragszahnarztsitz im erforderlichen Umfange gewährleistet ist und an anderen Vertragszahnarztsitzen eine Tätigkeit nur in zeitlich begrenztem Umfange erfolgt. Auch insofern wird eine Konkretisierung in §33 Abs. 3 Satz 5 2. Halbsatz ZV-Z den Bundesmantelvertragspartnern überlassen.

Zudem soll die Entscheidung darüber, ob die genannten Genehmigungsentscheidungen für jeden einzelnen der betroffenen Vertragszahnarztsitze vorliegen in den Fällen KZV-übergreifender, überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften gem. § 33 Abs. 3 Satz 2 ZV-Z von einem einzigen Zulassungsausschuss getroffen werden, der von der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft durch die Wahl eines bestimmten Vertragszahnarztsitzes selbständig bestimmt werden kann. Anders als in der vorgesehenen Neufassung von § 24 Abs. 3 Satz 3 2. Halbsatz ZV-Z hinsichtlich der Tätigkeit eines Vertragszahnarztes an einem weiteren Ort außerhalb des Bezirkes seiner KZV ist in § 33 Abs. 3

---

ZV-Z insofern keine Anhörung der sonstigen betroffenen Zulassungsausschüsse bzw. der KZVen und noch nicht einmal eine Unterrichtung dieser von der Entscheidung des jeweiligen Zulassungsausschusses vorgesehen. Im Gegenteil ist in der vorgesehenen Neufassung von § 24 Abs. 3 Satz 8 ZV-Z ausdrücklich vorgesehen, dass die Tätigkeit eines Vertragszahnarztes an einem der anderen Vertragszahnarztsitze eines Mitgliedes einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft nach § 33 Abs. 2 ZV-Z keiner Genehmigung bedarf. Entgegen der sprachlichen Fassung der vorgesehenen Norm wird in der diesbezüglichen Begründung sogar ausgeführt, dass eine solche Tätigkeit auch keiner Ermächtigung bedürfe. Im Ergebnis liegt daher insofern nicht nur eine ungerechtfertigte Besserstellung der Mitglieder überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften gegenüber alleine tätigen Vertragszahnärzten, sondern zugleich eine Möglichkeit vor, in jedem Falle ohne eine vorherige Unterrichtung der betroffenen Zulassungsausschüsse und KZVen und gegebenenfalls sogar ohne eine Genehmigung oder Ermächtigung an weiteren Orten außerhalb des Bezirkes der KZV des eigenen Vertragszahnarztsitzes tätig zu werden.

In diesem Zusammenhang ist auch unklar, inwieweit sich die vorgesehene Bestimmung in § 24 Abs. 3 Satz 8 ZV-Z auf die Tätigkeit an lediglich **einem** weiteren Vertragszahnarztsitz eines Mitgliedes der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft bezieht, oder auch auf weitere Tätigkeiten an solchen Vertragszahnarztsitzen. Denn in § 33 Abs. 2 Satz 2 ZV-Z ist insofern von einer Tätigkeit der Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft „an den Vertragszahnarztsitzen der anderen Mitglieder“ die Rede. Entsprechend wird auch in der diesbezüglichen Begründung davon gesprochen, Satz 2 erlaube den Mitgliedern der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft, zur Erfüllung von Versorgungsaufträgen auch an den Vertragszahnarztsitzen der anderen Mitglieder tätig zu werden, sofern dies mit ihrer Präsenzpflicht an ihren eigenen Vertragszahnarztsitzen vereinbar ist. Danach muss davon ausgegangen werden, dass grundsätzlich eine Tätigkeit von Vertragszahnärzten in überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften an einer unbeschränkten Vielzahl von Vertragszahnarztsitzen der übrigen Mitglieder dieser Gemeinschaft zulässig ist. Selbst soweit die Vorstellung vorherrschen sollte, die vorgesehene Neufassung von § 24 Abs. 2 Satz 8 ZV-Z sollte eine Genehmigungs- bzw. Er-

---

mächtigungsfreiheit einer Tätigkeit lediglich an einem anderen Vertragszahnarztsitz eines Mitgliedes der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft begründen, wäre diese Norm nicht umsetzbar, da bei den betroffenen Zulassungsausschüssen und KZVen keine Informationen darüber vorliegen, ob der betreffende Vertragszahnarzt bereits an einem anderen Vertragszahnarztsitz eines Mitgliedes seiner Berufsausübungsgemeinschaft tatsächlich tätig ist.

Danach besteht z.B. die Möglichkeit, dass bei großen, bundesweit agierenden überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften eine Vielzahl von Mitgliedern oder angestellten Zahnärzten an einem Vertragszahnarztsitz tätig wird, an dem die Gemeinschaft auch tätig wird. Angesichts der sehr offenen Gestaltung der Norm muss davon ausgegangen werden, dass irgendeine Tätigkeit, z.B. eines angestellten Zahnarztes, an jedem der beteiligten Vertragszahnarztsitze grundsätzlich ausreicht, um diese weiterhin zu besetzen. Die an diesen Vertragszahnarztsitzen zugelassenen Vertragszahnärzte können aber an anderer Stelle, z.B. auch an einem Vertragszahnarztsitz tätig werden, der in einem Planungsbereich liegt, der bereits wegen Überversorgung gesperrt ist. Von dieser Tätigkeit würde die betroffene KZV nach der vorgesehenen Bestimmung in § 24 Abs. 3 Satz 8 ZV-Z infolge einer fehlenden Verpflichtung zur Genehmigung dieser Tätigkeit noch nicht einmal Kenntnis erlangen. Ganz unabhängig von bedarfsplanungsrechtlichen Einschränkungen könnten diese Zahnärzte daher in diesem Bereich unbegrenzt Leistungen erbringen, ohne auch nur Mitglieder der betroffenen KZV sein. Durch diese zusätzlich erbrachten Leistungen würde unabhängig davon, über welche KZV diese Leistungen durch die Gemeinschaft abgerechnet werden, das Budget der jeweils betroffenen KZV belastet. Da dieser Zeitpunkt Art und Umfang der Tätigkeit der weiteren Zahnärzte, die nicht ihre Mitglieder sind, in ihrem Bereich vorab nicht bekannt ist, ist es ihr auch nicht möglich, diese Tätigkeiten ex ante, z.B. bei der Ausgestaltung des jeweiligen Verteilungsmaßstabes, zu berücksichtigen. Dies ist auch in späteren Zeiträumen nicht zuverlässig möglich, da keine Informationen darüber vorliegen können, ob und in welchem Umfange diese Tätigkeit in diesen Zeiträumen beibehalten, ausgeweitet oder eingeschränkt wird. Denn auch insofern sind keinerlei Bindungen der Zahnärzte vorgesehen.

---

Diese Rechtslage würde es gerade größeren, überbereichlichen Berufsausübungsgemeinschaften unter Beteiligung einer Vielzahl von Zahnärzten ermöglichen, nach Einschätzung der aktuellen Budgetsituation in den verschiedenen KZV-Bereichen verstärkt dort tätig zu werden, wo höhere Punktwerte gelten und geringere nachträgliche Restriktionen durch Verteilungsmaßstäbe zu erwarten sind.

Gänzlich unpraktikabel sind auch die vorgesehenen Regelungen in § 33 Abs. 3 Satz 3 ZV-Z, wonach eine KZV-übergreifende, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft diejenige KZV autonom wählen darf, die sowohl für die Genehmigungsentscheidung als auch für alle Details der gesamten Leistungserbringung dieser Berufsausübungsgemeinschaft zuständig sein soll. Sowohl nach dem Wortlaut der Norm als auch nach den näheren Ausführungen in der Begründung hierzu soll dadurch offenbar erreicht werden, dass für alle Leistungen, die von dieser Gemeinschaft in verschiedenen KZV-Bereichen erbracht werden, jeweils nur die Regelungen aus dem Gesamtvertrag derjenigen KZV Anwendung finden sollen, über die sie diese Leistungen insgesamt abrechnen will. In diesem Zusammenhang werden alle „anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen, insbesondere zur Vergütung“ angesprochen. Dies lässt bereits unberücksichtigt, dass in dem gegenwärtigen und auch nach den weiteren Inhalten des Gesetzentwurfes insofern unveränderten System von Gesamtvergütungen auf der Grundlage regionaler Gesamtverträge eine einzelne KZV, über die eine KZV-übergreifende, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft ihre gesamten Leistungen abrechnen will – mit der Ausnahme bundesweit tätiger Krankenkassen – lediglich über Vergütungsvereinbarungen mit den Krankenkassen ihres Bereiches verfügt. Soweit eine solche Gemeinschaft somit Leistungen außerhalb des Bezirkes dieser KZV erbringt, handelt es sich für diese KZV damit weiterhin grundsätzlich um Fremdkassenleistungen, die nicht auf der Grundlage des von der KZV geschlossenen Gesamtvertrages, sondern im Rahmen der Fremdkassenabrechnung abgerechnet werden. Dann können aber auch auf der Grundlage einer Wahlentscheidung der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft nicht die Vergütungsregelungen des Gesamtvertrages der danach gewählten KZV auf derartige Leistungen in anderen KZV-Bereichen Anwendung finden. Dies jedenfalls so lange, als nicht eine Ver-

---

pflichtung dieser gewählten KZV unterstellt wird, nur für diese überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft auch Gesamtverträge mit denjenigen Krankenkassen zu schließen, die für andere Bereiche zuständig sind. Von einer solchen Verpflichtung kann aber angesichts der im Übrigen unverändert gelassenen Bestimmungen zu den Gesamtvergütungen auch im Rahmen dieses Gesetzentwurfes nicht ausgegangen werden. Auch die Ausführungen am Ende der Begründung zur vorgesehenen Neufassung von § 33 Abs. 3 ZV-Z deuten in eine andere Richtung. Denn dort wird ausgeführt, die weiteren „zur Abwicklung der Leistungserbringung der sich über mehrere Bezirke von Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstreckenden überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften“ erforderlichen Vorgaben seien von der KZBV in den Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Nr. 2 SGB V (Fremdkassenausgleich) sowie in den Bundesmantelverträgen zu regeln. Dies spricht wiederum dafür, dass entgegen dem vorgesehenen Wortlaut in § 33 Abs. 3 ZV-Z unabhängig von der Wahlentscheidung der Berufsausübungsgemeinschaft doch die jeweiligen Gesamtverträge am Ort der Leistungserbringung zumindest für die Vergütung der Leistungen ausschlaggebend bleiben sollen.

Im Übrigen ist der Zahnarzt nach den Bestimmungen der Heilberufe- und Kammergesetze der Länder bei Kammergrenzen überschreitender Tätigkeit automatisch Mitglied jeder Zahnärztekammer, in deren Bereich der die zahnärztliche Tätigkeit ausübt. Den Kammern obliegt als Berufsorganisation, die beruflichen Belange der Gesamtheit der Mitglieder zu wahren, die Erfüllung der beruflichen Pflichten zu überwachen, für die Qualität der Berufsausübung zu sorgen, die berufliche Fort- und Weiterbildung der Berufsangehörigen zu fördern, soziale Einrichtungen für die Berufsangehörigen zu schaffen und aus dem Berufsverhältnis entstandene Streitigkeiten zu schlichten. Es ist unbestritten, dass der Zahnarzt bei seiner Berufsausübung im Kammerbereich an der Erfüllung dieser Aufgaben durch die Kammern partizipiert und zugleich zur Gewährleistung der Durchsetzung der Berufspflichten eine Pflichtmitgliedschaft erforderlich ist. In diesem Sinne ist die Kammermitgliedschaft darauf angelegt, durch Beteiligungsrechte kompensiert zu werden (vgl. BVerwGE 106, 64, 83). Bei vergleichbarer Ausgangslage stellt die in § 33 Abs. 3 ZV-Z vorgesehene Wahlmöglichkeit einen nicht nachvollziehbaren Systembruch dar; unterschiedliche Rechtsbeziehungen zu den bundesrechtlich und

---

landesrechtlich geschaffenen Körperschaften – KZV und LZK – führen jedoch zwangsläufig zu rechtlich unüberschaubaren Verhältnissen.

Dies wird noch verstärkt durch die geplante Regelung, dass ungeachtet der Anwendung „ortsgebundener Regelungen“ nur einer KZV auf die gesamte Leistungserbringung der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft die in ihr tätigen Zahnärzte unabhängig von den Orten, an denen sie tatsächlich tätig sind, Mitglieder derjenigen KZVen bleiben, in deren Bereich sie ursprünglich zugelassen bzw. angestellt worden sind. Die Wahlentscheidung gemäß dem vorgesehenen § 33 Abs. 3 ZV-Z würde somit nichts an den Beitragspflichten der betreffenden Zahnärzte nur in einer KZV und auch nicht an der disziplinarrechtlichen Unterstellung nur gegenüber dieser KZV ändern, obwohl sie im Bereich dieser KZV eventuell keine oder nur beschränkte Leistungen erbringen und diese auch über eine andere KZV abrechnen. Die gewählte KZV würde sich demgegenüber in der Situation sehen, begünstigende und belastende Verwaltungsakte gegenüber Zahnärzten zu erlassen, die nicht ihre Mitglieder sind und daher auch nicht ihrer Satzungshoheit unterfallen. Soweit die Vorstellung vorherrschen sollte, dass ein entsprechendes Über-Unterordnungsverhältnis durch die bloße Wahlentscheidung der Gemeinschaft begründet werden könnte, sollte in der Verordnung zumindest ausdrücklich geregelt werden, in welcher Form und wem gegenüber eine solche Erklärung abzugeben wäre, wie die übrigen Beteiligten hiervon Kenntnis erlangen und welche konkreten Rechtsfolgen im Einzelnen damit verbunden sein sollen. In diesem Zusammenhang wären insbesondere die Disziplinarrechte und die Verpflichtung der Zahnärzte zur Leistung von Mitgliedsbeiträgen zu regeln. Auch durch Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner oder durch Richtlinien der KZBV gemäß der vorgesehenen Neufassung von § 75 Abs. 7 SGB V können die mitgliedschaftlichen Rechte und Pflichten nicht zeitweise begrenzt auf andere KZVen übertragen werden. Vielmehr müssten gegebenenfalls dieses statusrelevanten Entscheidungen wiederum vom Gesetzgeber selbst getroffen werden. Dass diese Probleme grundsätzlich erkannt worden sind, ergibt sich aus den vorgesehenen Bestimmungen in § 24 Abs. 3 Satz 3 SGB V zur Notwendigkeit einer Ermächtigung des Zahnarztes, der in einem anderen KZV-Bereich tätig werden will. In der diesbezüglichen Begründung wird dies zutreffend deshalb als sachgerecht bezeichnet, da der Vertragszahnarzt dadurch in das Leistungserbringersystem der fremden KZV integriert werde.



---

Diese Gesichtspunkte gelten aber ebenso hinsichtlich der Zahnärzte, die in überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften tätig sind.

Soweit unterstellt wird, dass zwar eine einheitliche Wirtschaftlichkeitsprüfung nur durch die gewählte KZV stattfinden soll, dennoch aber den Abrechnungen im Rahmen des Fremdkassenausgleiches die Gesamtverträge der jeweils beteiligten KZVen zugrunde zu legen sind, können sich Budgetverzerrungen infolge der einheitlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der gewählten KZV ergeben. Denn diese müsste sich notwendigerweise auf das gesamte Abrechnungsvolumen der Gemeinschaft beziehen unabhängig davon, von welchen der darin tätigen Zahnärzte welche Leistungen in welchem KZV-Bereich erbracht worden sind. Eventuelle Berichtigung in solchen Verfahren könnten sich daher auch nur auf das Abrechnungsvolumen der Gemeinschaft insgesamt beziehen. Da insofern keine Zuordnung eines bestimmten Überschreibungsbetrages zu bestimmten, in einem einzelnen KZV-Bereich abgerechneten Leistungen erfolgen kann, sondern eine Kürzung der abgerechneten Vergütungen insgesamt erfolgt, kann dies bei unterschiedlichen Budgetauslastungen in den betroffenen KZV-Bereichen zu zusätzlichen Verzerrungen führen. Eventuelle Überschreibungsbeträge, die aus den Abrechnungen in einem KZV-Bereich resultieren, würden insofern nur in einem solchen prozentualen Umfang zu einer Reduzierung der Vergütungsabrechnungen im Rahmen des Fremdkassenausgleiches führen, die dem prozentualen Anteil dieses Vergütungsvolumens an dem Gesamtvolumen der von der Gemeinschaft erbrachten Leistungen entspricht. Damit würde durch diese Kürzung der Vergütung der Gemeinschaft insgesamt das Budget dieser KZV im geringeren Umfange entlastet, als dies bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nur der im Bereich dieser KZV von der Gemeinschaft erbrachten Leistungen durch diese erfolgt wäre. Demgegenüber erfolgen zudem gegebenenfalls Entlastungen der Budgets anderer KZVen, obwohl insofern – bei einer KZV-bezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung – entsprechende Kürzungen nicht erfolgt wären.

Die jedenfalls nach der vorliegenden Fassung des Gesetzentwurfes nahezu unbegrenzte Eröffnung der Berufsausübung an verschiedenen Orten und in unterschiedlichen Berufsausübungsgemeinschaften stellt zudem grundsätzlich das System der ver-

---

tragszahnärztlichen Versorgung durch Mitglieder eines Freien Berufes in Frage. Insbesondere die vorgesehenen Bestimmungen zur überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ermöglichen nahezu unbeschränkte Kooperationsmöglichkeiten, die weder von der Anzahl und der räumlichen Lokalisation der Tätigkeitsorte, noch hinsichtlich der Zahl der beteiligten Zahnärzte begrenzt werden. Dadurch wird u.a. auch die Tätigkeit eines Arztes in mehreren Berufsausübungsgemeinschaften nicht ausgeschlossen. Auf der Grundlage dieser Regelung könnten bundesweit agierende Sternsozietäten gebildet werden, die in vergleichbaren Fällen (vgl. z.B. §§ 59 a, 59 e BRAO) aus gutem Grund ausgeschlossen worden sind. Diesbezüglich hat jüngst der Bundesgerichtshof (Beschluss vom 14.11.2005, NJW 06, 1132) ausgeführt, die mit dem Verbot solcher Zusammenschlüsse verbundene Einschränkung der Berufsausübungsfreiheit sei durch beachtliche Gründe des Gemeinwohles gerechtfertigt. Eine Anwaltschaft, die zu erheblichen Teilen aus angestellten Rechtsanwälte in anonymen, konzernähnlich verflochtenen Kapitalgesellschaften bestünde, wäre weder frei noch unabhängig. Der in diesem Zusammenhang angesprochene Aspekt einer möglichen Interessenkollision besteht zwar im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht, diese baut jedoch weiterhin auf einem unmittelbaren Vertrauensverhältnis zwischen dem behandelnden Zahnarzt und dem Patienten auf. Der Patient, der in vielfältig verflochtenen, weiträumig agierenden Gemeinschaften behandelt wird, in denen, ggf. in einem rollierenden System, einmal dieser, einmal ein anderer Zahnarzt tätig ist, könnte nicht sicher sein, dass seine Behandlung auch tatsächlich von dem von ihm gewünschten Zahnarzt vollständig durchgeführt wird. Bereits aus Gründen des Patientenschutzes sind daher Einschränkungen der vorgesehenen Bestimmungen zu fordern.

Bundeszahnärztekammer und KZBV schließen sich daher den Bewertungen in der Stellungnahme des Bundesrates zu Art. 6 Nr. 7 a und Nr. 11 b des Gesetzesentwurfes an. Die ablehnende Gegenäußerung der Bundesregierung lässt die oben im Einzelnen dargelegten Aspekte unberücksichtigt. Diese Gegenäußerung steht auch zumindest teilweise im Widerspruch zu den bisher bekannt gewordenen Entwürfen eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG). In diesen ist nämlich u.a. vorgesehen, dass die bisherige Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung

---

entfallen soll. Damit soll auf Besonderheiten in der vertragszahnärztliche Versorgung reagiert werden, die im hier erörterten Zusammenhang z.B. in Gestalt der Sonderbestimmungen des § 85 Abs. 4b ff. SGB V zum degressiven Punktwert ebenso bestehen.

Insgesamt sind hinsichtlich der vorgesehenen Neuregelungen in den §§ 24 Abs. 3 bis 6 und 33 Abs. 2 bis 3 ZV-Z solange, wie im Übrigen die Bestimmungen zur KZV-bezogenen Bedarfsplanung und Budgetierung der regional zu vereinbarenden Gesamtvergütungen bestehen bleiben, folgende Forderungen zu erheben:

**Die vorgesehenen Neuregelungen machen aus Sicht der KZBV die Bestimmungen zur KZV-bezogenen Bedarfsplanung und Budgetierung der regional zu vereinbarenden Gesamtvergütungen obsolet.** Sollten die vorgesehenen Neuregelungen in den §§ 24 Abs. 3 bis 6 und 33 Abs. 2 bis 3 ZV-Z und die Bestimmungen zur KZV-bezogenen Bedarfsplanung und Budgetierung der regional zu vereinbarenden Gesamtvergütungen unverändert bleiben, sind aus Sicht der KZBV folgende Forderungen zu erheben:

1. Vor der Aufnahme der vertragszahnärztlichen Tätigkeit an weiteren Orten ist sicherzustellen, dass diese am Ort der Zulassung weiterhin im erforderlichen Umfang ausgeübt wird. Daher ist in § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 ZV-Z an der Präsenzpflcht des Vertragszahnarztes an seinem Vertragszahnarztsitz festzuhalten und in Anlehnung an die Rechtsprechung zur Zulässigkeit ausbildungsadäquater Nebentätigkeiten eine vertragszahnärztliche Nebentätigkeit an weiteren Orten nur dann zu ermöglichen, wenn die dort ausgeübte Tätigkeit maximal ein Drittel der üblichen wöchentlichen Arbeitszeit ausmacht.
2. Um eine Tätigkeit im Umherziehen zu verhindern, ist die Zahl der weiteren Orte, an denen die vertragszahnärztliche Tätigkeit ausgeübt werden kann, zu begrenzen. Unter Berücksichtigung der oben unter 1. genannten Kriterien kommt danach nur eine Tätigkeit an einem weiteren Ort neben dem Vertragszahnarztsitz in Betracht. Andernfalls wären die Bestimmungen zur Bedarfsplanung für die KZVen nicht mehr

---

umsetzbar. Die Regelungen zur Budgetierung der regional zu vereinbarenden Gesamtvergütungen wären obsolet, da eine Budgetzuordnung nicht mehr möglich wäre.

3. In § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V ist klarzustellen, dass eine Aufnahme der vertragszahnärztlichen Tätigkeit an weiteren Orten nur dann zulässig ist, wenn diese nach den für diese Orte geltenden bedarfsplanungsrechtlichen Bestimmungen zulässig ist. Anderenfalls würde dies zu einer unkontrollierbaren Umgehung der Bestimmungen zur Bedarfsplanung führen. Eine zuverlässige Bewertung, in welchem Umfang einzelne Zahnärzte im jeweiligen KZV-Bereich tätig werden, wäre nicht möglich.
4. Im Zusammenhang mit der vorgesehenen Bestimmung in § 24 Abs. 3 Satz 6 ZV-Z ist klarzustellen, dass die oben genannten Anforderungen auch für an weiteren Orten einzusetzende, angestellte Zahnärzte gelten. Denn auch in diesem Fall bestünden die unter Ziffer 3 genannten Schwierigkeiten.
5. Die in § 24 Abs. 3 Satz 7 ZV-Z vorgesehene Möglichkeit zur Anstellung weiterer Zahnärzte am weiteren Ort der Tätigkeit durch einen hierfür ermächtigten Zahnarzt ist wegen einer ungerechtfertigten Besserstellung gegenüber aus anderen Gründen ermächtigten Zahnärzten abzulehnen, da diese keine angestellten Zahnärzte beschäftigen können.
6. In den vorgesehenen Bestimmungen zu ausgelagerten Praxisräumen in § 24 Abs. 4 ZV-Z ist klarzustellen, dass die ausgelagerten Praxisräume sich gemäß der hierzu vorliegenden Rechtsprechung im Planungsbereich des Vertragszahnarztes des Vertragszahnarztes befinden müssen, da ansonsten für die KZV keine Kontrollmöglichkeiten gegeben sind. Eine unkontrollierbare Liberalität kann nicht Ziel der gesetzlichen Bestimmungen sein.
7. In § 33 Abs. 2 ZV-Z ist hinsichtlich überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften klarzustellen, dass für die Tätigkeit in diesen ebenfalls die Voraussetzungen des § 24 Abs. 3 ZV-Z gelten, da die KZV ansonsten nach der vorgesehenen Bestimmung des

---

§ 24 Abs. 3 Satz 8 ZV-Z infolge einer fehlenden Verpflichtung zur Genehmigung und der Abrechnung der in diesem Rahmen erbrachten Leistungen bei der betroffenen KZV keine Kenntnis von der Tätigkeit erlangen würde. Zum Beispiel wäre es der KZV nicht möglich, diese Tätigkeiten bei der Ausgestaltung des jeweiligen Verteilungsmaßstabes zu berücksichtigen.

8. Die vorgesehenen Möglichkeiten zur Tätigkeit von Vertragszahnärzten auch an weiteren Orten außerhalb des KZV-Bereichs ihres Vertragszahnarztsitzes und zur Bildung überörtlicher, KZV-bereichsübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften sind abzulehnen, da dadurch eine Bedarfsplanung sowie eine Steuerung der nach wie vor vorgesehenen regionalen Budgets nicht mehr zuverlässig möglich wäre. Dies lässt z.B. bereits unberücksichtigt, dass in dem bestehenden System von Gesamtvergütungen auf der Grundlage regionaler Gesamtverträge die einzelne KZV lediglich über Vergütungsvereinbarungen mit den Krankenkassen ihres Bereiches verfügt
9. Lediglich vorsorglich für den Fall, dass dieser Forderung nicht gefolgt wird, wären für den Fall einer Tätigkeit eines Vertragszahnarztes an einem weiteren Ort außerhalb des Bezirkes der KZV in der sich sein Vertragszahnarztsitz befindet, zumindest zusätzliche Regelungen zur Anwendung der Bestimmungen zum degressiven Punktwert gem. § 85 Abs. 4 b ff SGB V erforderlich. Die Anwendung der unveränderten Bestimmungen zum degressiven Punktwert gem. § 85 Abs. 4 b ff. SGB V auf diese Fallgestaltungen ist unmöglich, da das Leistungs- und Abrechnungssystem verschiedener KZVen betroffen wäre. Selbst eine – nicht vorgesehene – Zusammenführung der an verschiedenen Orten erbrachten Leistungsmengen würde nicht zur Umsetzbarkeit der derzeitigen Degressionsregelungen führen.
10. Für die überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften wäre für diesen Fall klarzustellen, dass auch für diese die allgemeinen berufsrechtlichen Anforderungen gelten. Daher müssten deren Mitglieder auch Mitglieder derjenigen KZVen werden, in deren Bereich sie tatsächlich tätig sind. Zudem ist in diesem Zusammenhang klarzustellen, dass Leistungen, die in einem KZV-Bereich erbracht werden auch dann, wenn dies

---

von Zahnärzten innerhalb einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft erfolgt, über diese KZV abzurechnen sind und den für diese Leistungen geltenden Bestimmungen in diesem KZV-Bereich unterliegen.

11. Auch die Tätigkeit von Zahnärzten innerhalb einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft außerhalb des Vertragszahnarztsitzes, für den sie zugelassen bzw. angestellt sind, wäre dann nur nach vorheriger Genehmigung durch diejenige KZV zulässig, in deren Bereich die weitere Tätigkeit ausgeübt werden soll. Es muss aufgrund der aufgezeigten Budgetproblematik eine Unterrichtung der KZV am Vertragszahnarztsitz erfolgen.

**Sollten diese Forderungen der KZBV keinen Niederschlag in den gesetzlichen Neuregelungen finden, müssten sowohl die Regelungen zur Bedarfsplanung als auch zur Budgetierung der Gesamtvergütungen entfallen.**

### **§ 36 ZV-Z**

#### **Beteiligung von Patientenvertreterinnen und –vertretern an Sitzungen des Zulassungsausschusses**

§ 36 ZV-Z soll ein Absatz 2 angefügt werden, wonach in den Fällen des § 140 f Abs. 3 SGB V die Patientenvertreterinnen und –vertreter unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen unter Angabe der Tagesordnung zu laden sind. Ausweislich der Begründung soll die Regelung sicherstellen, dass auch die Patientenvertreterinnen und –vertreter zu den Sitzungen des Zulassungsausschusses unter Einhaltung der für Mitglieder des Zulassungsausschusses geltenden Frist unter Angabe der Tagesordnung geladen werden.

#### **Bewertung**

Die Regelung betrifft die Fälle des § 140 f Abs. 3 SGB V, wonach die Patientenvertreterinnen und –vertreter auf Landesebene in den Landesausschüssen nach § 90 sowie den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97 in Fällen, in den Entscheidungen über die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertrags-

---

zahnarztsitze nach § 101 Abs. 1 Satz 3 oder über die Ermächtigung von Zahnärzten und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen ein Mitberatungsrecht erhalten haben. Dieses Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung nach der vorgesehenen Neuregelung des Abs. 3. Grundsätzlich bestehen hierzu keine Einwände, wenn auch darauf hinzuweisen ist, dass der Grundgedanke der gemeinschaftlichen Selbstverwaltung mit der Hinzuziehung anderer Parteien verloren geht; schließlich werden die Patienteninteressen über die zahnärztlichen Körperschaften – auch gegenüber Gesetzgeber und Krankenkassen – mit vertreten.

### **§ 41 Abs. 1 ZV-Z**

#### **Anwesenheitsrecht für Patientenvertreterinnen und –vertreter bei der Beschlussfassung der Zulassungsausschüsse**

§ 41 Abs. 1 ZV-Z wird dahingehend ergänzt, dass die Patientenvertreterinnen und –vertreter in den Fällen des § 140 f Abs. 3 SGB V ein Recht auf Teilnahme an den Sitzungen mit beratender Stimme und auf Anwesenheit bei der Beratung und Beschlussfassung der Zulassungsausschüsse haben. Sie erhalten zudem eine Abschrift des Beschlusses.

### **Bewertung**

Ausweislich der Begründung soll als Folgeänderung zu der in § 140 f Abs. 3 SGB V erfolgten Klarstellung auch eine entsprechende Klarstellung in § 41 Abs. 1 ZV-Z erfolgen. Die Regelung ist als Folgeänderung und im Zusammenhang mit den Änderungen in §§ 36, 40 ZV-Z sachgerecht.

### **§ 44 ZV-Z**

#### **Wegfall der Begründungspflicht des Widerspruchs**

In § 44 ZV-Z werden hinsichtlich des Widerspruchs gegen Entscheidungen der Zulassungsausschüsse die Wörter „mit Angabe von Gründen“ gestrichen. Ausweislich der Begründung soll durch diese Änderung das auch in den sonstigen verwaltungs- oder

---

sozialgerichtlichen Vorverfahren nicht vorgesehene Erfordernis entfallen, dass der Widerspruch nicht nur binnen eines Monats erhoben, sondern auch mit Gründen versehen werden muss. Bezug genommen wird dabei auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, die das Begründungserfordernis zwar im Grundsatz mit den Vorgaben des Artikel 19 Abs. 4 Satz 1 GG für vereinbar gehalten hat (eine Ausnahme hat es mit Urteil vom 23.02.2005, B 6 KA 70/03 R, lediglich für Drittbetroffene bejaht, die nicht zum Verwaltungsverfahren hinzugezogen wurden). Gleichwohl soll an diesem Erfordernis nicht mehr festgehalten werden. Die Begründungspflicht sei in der täglichen Praxis häufig übersehen worden mit der Folge, dass aufgrund der fehlenden Begründung der Widerspruch als unzulässig gewertet wurde.

### **Bewertung**

Ausweislich der Begründung soll das auch im sonstigen verwaltungs- oder sozialgerichtlichen Vorverfahren nicht vorgesehene Erfordernis entfallen. Zutreffend ist, dass die Begründung des Widerspruchs in § 44 ZV-Z über die Anforderungen hinaus ging, die nach § 84 Abs. 1 SGG gestellt werden, weil danach eine Begründung nicht erforderlich ist. Allerdings beruhte dieser besondere Begründungszwang auf der Erwägung, dass von Zahnärzten nach ihrer Vorbildung und ihrer beruflichen Qualifikation regelmäßig erwartet werden könne, im Widerspruch anzugeben, aus welchen Erwägungen sie die Entscheidung des Zulassungsausschusses für falsch halten, damit dieser erkennen kann, inwieweit der Bescheid des Zulassungsausschusses beanstandet wird (vgl. LSG NRW, Urteil vom 22.05.1991, L 11 Ka 46/91). Die Einlegung des Widerspruchs ohne Angabe von Gründen führt dazu, dass der Bescheid des Zulassungsausschusses als insgesamt beanstandet angesehen werden muss mit der vorhersehbaren Folge, dass eine wesentliche umfänglichere Prüfung mit erheblich höherem Zeitaufwand durchzuführen sein wird. Die Gesetzesbegründung, wonach die Regelung geändert wird, da die tägliche Praxis die Begründungspflicht häufig übersehen habe, trägt nicht. Die Begründungspflicht sollte aus Sicht von KZBV und BZÄK beibehalten werden.



---

## **§ 46 ZV-Z**

### **Erhöhung der Gebühren**

Nach der vorgesehenen Neufassung des §46 ZV-Z werden die Gebühren um das Vierfache erhöht. Im Übrigen werden notwendige redaktionelle Änderungen vorgenommen.

In der Begründung wird dazu ausgeführt, seit Jahren werde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine deutliche (vierfache) Erhöhung der Gebühren für die Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen gefordert, weil die seit fast 30 Jahren (zuletzt 1977) nicht mehr veränderten Gebühren bei weitem nicht die Kosten decken und ca. 75 % aus Haushaltsmitteln der Selbstverwaltung der Zahnärzte und Krankenkassen aufzubringen seien.

### **Bewertung**

Die Regelung wird begrüßt, da die bisher vorgesehenen Gebühren bei weitem nicht mehr die Kosten decken, die durch diese Verfahren aufzubringen sind.

### **Zu Artikel 7**

## **6. Gebührenanpassungsverordnung**

Die 6. Verordnung zur Anpassung der Höhe der Vergütungen nach der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte sowie nach der Hebammen-Gebührenverordnung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet vom 18.10.2001 (BGBl. I S. 2721) wird aufgehoben. In der Begründung wird dazu ausgeführt, mit der Aufhebung der Verordnung entfallen die bisher für in den neuen Ländern sowie in Ost-Berlin erbrachte privatärztliche Leistungen nach der GOÄ, privatärztliche Leistungen nach der GOZ, Leistungen nichtärztlicher Psychotherapeuten bei Privatbehandlungen nach der GOP sowie für in den neuen Ländern im Rahmen der He-

---

bammenhilfe der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachte Leistungen freiberuflicher Hebammen nach der HebGV geltende Vergütungsabschlag von 10 v.H. der nach den vorgenannten Gebührenordnungen jeweils maßgeblichen Gebühren. Mit dem Wegfall des Vergütungsabschlages werde für den jeweiligen Bereich der vorgenannten Gebührenordnungen erstmals seit der Wiedervereinigung ein im gesamten Bundesgebiet einheitliches Vergütungsniveau erreicht. Im Hinblick auf das im Wesentlichen einheitliche Kosten- und Preisniveau in Ost- und Westdeutschland werde ein weiteres Festhalten an der Vergütungs differenzierung als nicht mehr sachgerecht bewertet. Zudem verbessere die Aufhebung des Vergütungsabschlages die wirtschaftliche Situation niedergelassener Ärzte und Zahnärzte in Deutschland und trage damit – neben anderer Maßnahmen – mittelbar auch zur Beseitigung von Hemmnissen bei der Niederlassung und damit letztlich auch zur Verbesserung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung in Deutschland bei.

### **Bewertung**

Im Hinblick auf die inzwischen im Wesentlichen einheitlichen Lebensverhältnisse in Ost- und Westdeutschland ist aus Sicht von KZBV und BZÄK ein weiteres Festhalten an der Vergütungs differenzierung nicht mehr sachgerecht. Die Aufhebung der Gebührenanpassungsverordnung wird daher begrüßt. Die abweichende Forderung in der Stellungnahme des Bundesrates würde eine fortdauernde Mißachtung der tatsächlichen Verhältnisse und eine rein einnahmeorientierte Fixierung der Vergütungen darstellen. Die insofern ablehnende Gegenäußerung der Bundesregierung ist demgegenüber zutreffend und zu begrüßen.

In diesem Zusammenhang muss jedoch zugleich an die Verpflichtung des Verordnungsgebers erinnert werden, eine angemessene Honorierung zahnärztlicher Leistungen – auch aus verfassungsrechtlichen Gründen – zu gewährleisten, da die angemessene und leistungsgerechte Honorierung zum Kernbestand der freien Berufsausübung zählt. Auch die Fortschreibung eines Leistungsverzeichnisses, dass die – über die in SGB V definierten wirtschaftlichen und notwendigen Leistungen – wissenschaftliche

Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde abbildet, ist dringend erforderlich. Auf die Vorschläge der BZÄK, die dem Bundesgesundheitsministerium vorliegen, wird an dieser Stelle hingewiesen.

**vorab per E-Mail** (marianne.steinert@bundestag.de)

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Berlin, den 13. Oktober 2006

**Stellungnahme zum Gesetzentwurf eines „Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (VÄndG), DS 16/2474 Anhörung am 18. Oktober 2006**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

zu oben genanntem Gesetzentwurf nehmen wir wie folgt Stellung:

Der genannte Gesetzentwurf setzt in seinem Kern die Beschlüsse des 107. Deutschen Ärztetages in Bremen um. Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, begrüßt die Intentionen des Gesetzes, die Berufsausübungsformen niedergelassener Ärzte zu liberalisieren.

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, hat sich frühzeitig mit neuen Versorgungs- und Kooperationsformen in der ambulanten medizinischen Versorgung auseinandergesetzt: Er hat bereits Ende der 60er-Jahre als einziger ärztlicher Verband fachübergreifende Gemeinschaftspraxen und Ärztehäuser in der Regie von niedergelassenen Ärzten gefordert. Die genannte Liberalisierung der Berufsordnung durch den 107. Deutschen Ärztetag beruht auf dem Urteil des Bundessozialgerichts zur grundsätzlichen Zulässigkeit der fachverbindenden Gemeinschaftspraxis, das 1983 vom NAV-Virchow-Bund erstritten wurde. Und es beruht auf dem Partnerschaftsgesellschaftsgesetz, das auf Betreiben des NAV-Virchow-Bundes 1995 in Kraft trat.

Die jetzt mit dem VÄG verbundene Hoffnung, einer bestehenden strukturellen Unterversorgung entgegen und künftigen Versorgungslücken vorbeugen zu können, ist jedoch ein Irrglaube. Moderne Berufsausübungsformen stellen eine Option dar. In mittlerer Zukunft werden nach Auffassung des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, Einzel- und

-2-

Gemeinschaftspraxen immer noch die Mehrzahl in der ambulanten Versorgung bilden. Das neue liberalisierte Vertragsarztrecht bietet lediglich weitere Möglichkeiten der Berufsausübungsform an. Eine wirkungsvolle Verbesserung in der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte ist nur durch weitere nachdrückliche Korrekturen der Rahmenbedingungen zu erreichen. Dazu gehören eine angemessene Vergütung ärztlicher Tätigkeit in festen Beträgen, das Ende aller Budgets und die Entlastung der Praxis niedergelassener Ärzte von bürokratischen Belastungen.

Trotz positiver Grundeinschätzung liberalisierter Berufsausübungsformen, bleiben beim NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, Bedenken bezüglich struktureller, finanzieller und organisatorischer Vorteile auf Seiten der Krankenhausträger bei Gründung von Medizinischen Versorgungszentren. Die ärztliche Leitung muss gestärkt werden, um ärztliches Handeln vor dem Renditestreben von Investoren zu schützen.

### **Juristische Bedenken**

Juristisch bedenklich sieht der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, die Regelung wonach die Gesellschafter eines Medizinischen Versorgungszentrums, das als juristische Person betrieben wird, bei dessen Auflösung für die nicht aus dem Liquidationsvermögen getilgten Verbindlichkeiten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung und Krankenkasse haften (§ 95 Abs. 2 Satz 5 SGB V -neu-). Es ist aus Sicht des Verbandes zu prüfen ob eine derartige Haftungserweiterung rechtlich zulässig ist.

Bei der Änderung des § 24 der Zulassungsverordnung für Ärzte wird die Tätigkeit eines Vertragsarztes neben der Tätigkeit an seinem Vertragsarztsitz keine bestimmte Höchstzahl der weiteren Orte vorgegeben. Die Musterberufsordnung für Ärzte gestattet es Ärzten, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein, sofern sie Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patienten an jedem Ort ihrer Tätigkeit treffen.

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, würde begrüßen, wenn die Regelung, wonach der Vertragsarzt über seinen Vertragsarztsitz hinaus an weiteren Orten tätig sein kann, auf eine Höchstzahl von zwei zu beschränken. Diese Regelung entspricht der Musterberufsordnung und sollte auch im Vertragsarztrecht beibehalten werden.

### **Abschlag-Ost**

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, begrüßt die Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung und den Wegfall des so genannten „Abschlag Ost“ bei der Liquidation privatärztlicher Leistungen. 15 Jahre nach der Wiedervereinigung hat damit die Ungleichbehandlung von Ärzten in Ost und West und die damit verbundene Disqualifikation deren Arbeit ein Ende. Ärzte in den neuen Bundesländern erreichen dadurch Gleichbehandlung (Artikel 7).

### **Altersgrenzen**

Mit der Aufweichung der Altersgrenzen von 55 Jahren für die Erstzulassung von Vertragsärzten sowie von 68 Jahren für das gesetzliche Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit hat der Gesetzgeber erkannt, dass die ursprünglichen Festlegungen willkürlich und durch keinerlei objektive Argumente zu rechtfertigen sind. Die „68er-Regelung“ für die vertragsärztliche Tätigkeit birgt nach Auffassung des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, zudem den Sachverhalt der Altersdiskriminierung. In einer Zeit, in der über Diskriminierungsverbote diskutiert wird, in der der Durchschnitt der Bevölkerung bis ins höhere Lebensalter aktiv ist und die gesundheitspolitische Diskussion geprägt ist von fortschreitendem Ärztemangel, ist die Zwangspensionierung von Ärzten im 68. Lebensjahr ein Anachronismus und eine unbegründete Diskriminierung aufgrund des Alters. Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, wünscht dem Gesetzgeber nun den Mut, die beiden genannten Regelungen gänzlich zu streichen.

### **Integrierte Versorgung**

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, begrüßt die Fortschreibung der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung grundsätzlich, bedauert jedoch die zeitliche Einschränkung des Verlängerungszeitraumes auf ein Jahr und kritisiert, dass eine weitere Optimierung auf Grund von Erfahrungswerten bei der Integrierten Versorgung ausbleibt. Durch den kurzen Verlängerungszeitraum der Anschubfinanzierung bis zum 31. Dezember 2007 reduziert sich die Planungssicherheit für die Vertragsteilnehmer. Die Erfahrungen mit Verträgen zur Integrierten Versorgung blieben bei der anstehenden Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften leider völlig unberücksichtigt. Nach Erkenntnissen des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands wird die Integrierte Versorgung nur dann eine erfolgreiche Zukunft haben, wenn der ambulante Bereich an jeder Form der Integrierten Versorgung partizipiert.

Der vielfach praktizierte Wildwuchs bei Vertragsschlüssen zur Integrierten Versorgung hat in den wenigsten Fällen zur Verbesserung der Versorgung im Vergleich zum „Status quo ante“ beigetragen, zumal die dafür vorab abgezogenen Gelder der Regelversorgung im Sicherstellungsauftrag entzogen wurden.

Dem vom NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, von Beginn an geäußerten Bedenken, eine Vielzahl der Akteure sicherten sich über die Integrierte Versorgung ein möglichst großes Stück vom Kuchen der Anschubfinanzierung konnte bislang nicht entkräftet werden. Eine medizinisch und wirtschaftlich sinnvolle Integrierte Versorgung liegt nach Auffassung des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, vor allem in regionalen statt indikationsbezogenen Modellen. Hier liegen die Potentiale für eine verbesserte medizinische Versorgung, die die Anschubfinanzierung auch rechtfertigt.

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, hat aus diesem Grund Eckpunkte für Integrierte Versorgung formuliert:

- nicht für jede Situation ist Integrierte Versorgung im engeren Sinne die Ultima Ratio;
- gleiche Leistung bedeutet gleiches Honorar im stationären und ambulanten Bereich unter Berücksichtigung der Investitionskosten;
- je freiwilliger, desto besser, z.B. Ausbau der jetzt schon vor Ort zwischen Haus- und Fachärzten sowie Kliniken ganz pragmatisch praktizierten „Integrierten Versorgung“;
- oberstes Gebot ist Vermeidung oder Reduzierung von Bürokratie
- keine Schlechterstellung für die, die nicht an der Integrierten Versorgung teilnehmen;
- ein Akteur muss „die Fäden in der Hand“ haben und koordinieren, in der Regel der Hausarzt, in Einzelfällen auch der Facharzt (z.B. rein onkologische Patienten);
- keine Einführung eines Primärarzt-Systems durch Modelle der Integrierten Versorgung.

Aus der Diskrepanz zwischen dem Anspruch, mit dem der Gesetzgeber angetreten ist und der Wirklichkeit, wie sie von den Beteiligten derzeit umgesetzt wird, stellt der NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, folgendes fest:

- Es war nicht richtig, den Vertragspartnern allein die Hoheit zur Vertragsgestaltung zu überlassen. Eine unabhängige Schiedsstelle muss bei berechtigten Zweifeln zur Sinnhaftigkeit der Vorhaben oder zur wirtschaftlichen Verwendung der Mittel eingeschaltet werden.
- Krankenkassen müssen Rechenschaft über medizinische Notwendigkeit und wirtschaftliche Verwendung der Mittel innerhalb der Anschubfinanzierung Auskunft geben.
- Qualität der erbrachten Leistung und die Auswirkungen auf die Versorgung in den frei verhandelten Versorgungsformen müssen unabhängig evaluiert werden.

Diese gilt es, bei der anstehenden Gesetzesberatung einzubeziehen.

Mit freundlichen Grüßen



(Klaus Greppmeir)  
Hauptgeschäftsführer

**Kompetentielle Fragen**  
**des Entwurfs eines Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes**  
**(BR-Drs. 353/06)**

Rechtsgutachtliche Stellungnahme  
im Auftrag  
der Bayerischen Landesärztekammer

erstattet von  
Universitätsprofessor Dr. Christian Pestalozza

Berlin

Juni 2006



## Kompetentielle Fragen des Entwurfs eines Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes

Universitätsprofessor Dr. Christian Pestalozza, Berlin

- 1 Der unter dem 17. Mai 2006 vorgelegte von der Bundesregierung beschlossene und unter dem 26. Mai 2006 dem Bundesrat zugeleitete Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VändG)<sup>1</sup> sieht unter anderem Änderungen des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches und der Ärzte-Zulassungsverordnung vor, die das bislang geltende, von den Ärztekammern gesetzte Berufsrecht, auf das bislang Bezug genommen wurde, ersetzen sollen. Das Vertragsarztrecht soll insoweit vom Berufsrecht der Länder als Rechtsquelle abgekoppelt werden.

Die Bayerische Landesärztekammer hat den Unterzeichnenden gebeten zu prüfen, ob die einschlägigen Regelungen, sollten sie Gesetz werden, mit der Gesetzgebungskompetenzordnung des Grundgesetzes im Einklang stehen.

- 2 Die Frage ist aus dreifachem Grunde zu verneinen: Erstens steht dem Vorhaben des Bundes kein Kompetenztitel zur Seite: Eine ausschließliche Zuständigkeit steht ohnehin nicht zur Debatte, und aus dem Bereich der konkurrierenden Zuständigkeit versagen Nrn. 12 und 19 des Art. 74 Abs. 1 GG ihren Dienst. Auch ein kompetenzerweiternder Sachzusammenhang steht nicht zur Verfügung (dazu sub B). Zweitens: Selbst wenn ein Titel des Art. 74 Abs. 1 GG einschläge, wären die hier interessierenden Regelungen, wie sie der Entwurf vorschlägt, nicht im Sinne des Art. 72 Abs. 2 GG erforderlich (dazu sub C). Drittens: Auch wenn der Entwurf sich auf die Artt. 74 Abs. 1, 72 Abs. 2 GG stützen könnte, wäre er verfassungswidrig, soweit er der Grundkonzeption existierender und ihrerseits kompetenzgemäß erlassener landesrechtlicher Regelungen – hier: des Berufsrechts der Ärzte – widerspricht (dazu sub D).
- 3 Im einzelnen wird die Untersuchung den folgenden Gang nehmen:

<b>A. Änderungsschwerpunkte.....</b>	<b>3</b>
<b>I. Der Entwurf .....</b>	<b>3</b>
1. Die wesentlichen berufsrechtsrelevanten Änderungen .....	3
a) Die Beschäftigung angestellter Praxisärzte .....	3
b) Vertragsärztliche Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes .....	4
c) Vertragsärztliche Berufsausübung mit anderen Leistungserbringern .....	4
2. Die Herleitung der Bundeszuständigkeit .....	5
<b>II. Die Auswirkungen auf das Landesberufsrecht der Ärzte.....</b>	<b>6</b>
1. Die Beschäftigung angestellter Praxisärzte .....	6
a) Abweichung von der Muster-Berufsordnung .....	6
b) Zusätzlicher Konflikt mit acht landesberufsrechtlichen Regelungen .....	7
c) Berufsrechtliche Folgen der Nutzung der vertragsarztrechtlichen Neuregelungen .....	8
2. Vertragsärztliche Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes .....	8
3. Vertragsärztliche Berufsausübung mit anderen Leistungserbringern .....	8
4. Das Fazit: Bestenfalls Versteinerung, schlimmstenfalls Verdrängung .....	9
a) Versteinerung: Inkorporierung des unveränderten Berufsrechts .....	10
b) Verdrängung: Inkorporierung des veränderten Berufsrechts.....	10

---

<sup>1</sup> BR-Drs. 353/06.

<b>B. Die kompetentielle Zuordnung der fraglichen Regelungen.....</b>	<b>11</b>
<b>I. Sozialversicherung, Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG?.....</b>	<b>11</b>
1. Der kompetentielle Begriff.....	11
2. Die gesetzliche Krankenversicherung als Teil der „Sozialversicherung“.....	12
3. Die Vertragsärzte als Teil der „Sozialversicherung“? .....	12
4. Subsumtion .....	14
<b>II. Zulassung zu den ärztlichen Heilberufen, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG?.....</b>	<b>14</b>
1. Die Nichteinschlägigkeit der Nr. 19 .....	14
2. Die systematische Sperrwirkung der Nr. 19 .....	15
<b>III. Kompetenzerweiterung durch legislative Fakten? .....</b>	<b>15</b>
<b>IV. Kompetenzerweiterung durch Sachzusammenhang?.....</b>	<b>16</b>
<b>C. Erforderlichkeit der vorgesehenen Regelungen?.....</b>	<b>18</b>
<b>I. Art. 72 Abs. 2 GG im Lichte der Judikatur des Bundesverfassungsgerichts .....</b>	<b>18</b>
1. 2002: Die (Teil-)Erforderlichkeit des Altenpflegegesetzes .....	19
a) Die „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse“.....	19
b) Die „Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse“ .....	19
c) „... wenn und soweit ... erforderlich ...“ .....	20
2. 2004, 2005: Die Nichterforderlichkeit hochschulrahmenrechtlicher Vorschriften.....	21
a) BVerfGE 111, 226.....	21
b) BVerfGE 112, 226.....	22
3. 2005: Die Erforderlichkeit des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung.....	22
<b>II. Fehlende Erforderlichkeit der Verdrängung des Landesberufsrechts.....</b>	<b>23</b>
1. Erforderlich zur „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse“? .....	24
2. Erforderlich zur „Wahrung der Rechtseinheit im gesamtstaatlichen Interesse“? .....	25
3. Erforderlich zur „Wahrung der Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse“? .....	25
4. „... wenn und insoweit ... erforderlich ...“? .....	26
<b>III. Fehlende Nachvollziehbarkeit der Prognose des Bundes und mangelhafte Darlegung ihrer Grundlagen.....</b>	<b>27</b>
<b>D. Anforderungen der Bundestreue.....</b>	<b>28</b>
<b>I. Rücksichtnahme auf die Konzeption des jeweils anderen Gesetzgebers .....</b>	<b>28</b>
<b>II. Rücksichtnahmepflicht auch des Bundes.....</b>	<b>28</b>
<b>III. Rücksichtnahmepflichten der Sachgesetzgeber .....</b>	<b>29</b>
<b>IV. Folgerungen für den Entwurf.....</b>	<b>31</b>
1. Verstoß gegen das Rücksichtnahmegebot .....	31
2. Geltung des Rücksichtnahmegebots auch gegenüber dem von den Kammern gesetzten Recht.....	31
<b>E. Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse.....</b>	<b>33</b>

## A. Änderungsschwerpunkte

### I. Der Entwurf

#### 1. Die wesentlichen berufsrechtsrelevanten Änderungen

- 4 Von den Regelungen des Entwurfs ist aus der Sicht des Landesberufsrechts von besonderem Interesse die Ausweitung der Möglichkeit des Vertragsarztes, Ärzte anzustellen (dazu sub a), an mehreren Orten vertragsärztlich tätig zu sein (dazu sub b) und die Vertragsarztstätigkeit gemeinsam mit allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern auszuüben (dazu sub c). Ihr Kerngehalt läßt sich so skizzieren:

##### a) Die Beschäftigung angestellter Praxisärzte

- 5 Nach bisher geltendem Recht dürfen Vertragsärzte einen ganztags beschäftigten Arzt desselben Fachgebietes oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte desselben Fachgebietes anstellen, § 95 Abs. 9 SGB V in Verbindung mit § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV, vorausgesetzt, der anstellende Vertragsarzt verpflichtet sich, das im entsprechenden Vorjahresquartal anerkannte Leistungsvolumen um nicht mehr als 3% des Fachgruppendurchschnitts dieses Vorjahresquartals zu überschreiten, § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V in Verbindung mit Ziffer 1.3/Ziffer 3 der Angestellte-Ärzte-Richtlinien.<sup>2</sup>

- 6 Die beabsichtigte Neufassung des § 95 Abs. 9 SGB V sieht demgegenüber vor:

„(9) <sup>1</sup>Der Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. .... <sup>3</sup>Das Nähere zu der Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten bestimmen die Zulassungsverordnungen. ...“<sup>3</sup>

- 7 § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV soll entsprechend neu gefaßt werden:

„(1) Der Vertragsarzt kann Ärzte nach Maßgabe des § 95 Abs. 9 und 9a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anstellen. In den Bundesmanteltarifverträgen sind einheitliche Regelungen zu treffen über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Ärzte unter Berücksichtigung der Versorgungspflicht des anstellenden Vertragsarztes.“<sup>4</sup>

- 8 Danach soll – in den Worten der Regierungsbegründung – der Vertragsarzt künftig „Ärzte anstellen können, deren Anzahl nicht mehr numerisch begrenzt ist“<sup>5</sup> sowie „ohne Begrenzung Ärzte auch mit anderen Facharztbezeichnungen sowie mit individueller Arbeitszeitgestaltung anstellen [können], sofern Zulassungsbeschränkungen nicht entgegenstehen.“<sup>6</sup>

---

<sup>2</sup> Richtlinien über die Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis vom 1. Oktober 1997 (BAnz. 1998, S. 372), zuletzt geändert am 22. Oktober 2001 (BAnz. 2002, S. 1618).

<sup>3</sup> Art. 1 Nr. 5 lit. f VÄndG-E, BR-Drs. 353/06, S. 5.

<sup>4</sup> Art. 5 Nr. 10 VÄndG-E, BR-Drs. 353/06, S. 16.

<sup>5</sup> Begründung zu Art. 1 Nr. 5 lit. f, BR-Drs. 353/06, S. 47.

<sup>6</sup> Begründung A II (Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes) 1 (Vertragsarztrechtliche Regelungen zur Liberalisierung der ärztlichen Berufsausübung), BR-Drs. 353/06, S. S. 30 (2. Absatz, erster Spiegelstrich).

## **b) Vertragsärztliche Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes**

**9** Nach Art. 1 Nr. 6 lit. c) VÄndG-E<sup>7</sup> soll in Nr. 13 des § 98 Abs. 2 SGB V das Wort „gemeinsam“ durch die Wörter „an weiteren Orten“ ersetzt werden.<sup>8</sup> Dementsprechend ändert Art. 5 Nr. 7 lit. a VÄndG-E Absatz 3 des § 24 Ärzte-ZV dahin, daß nach dessen Satz 1 vertragsärztliche Tätigkeiten „außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten zulässig sind, wenn und soweit

1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und
2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.“

**10** Dazu heißt es in der Regierungsbegründung des Entwurfs zu § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV:<sup>9</sup>

„Die berufsrechtliche Neuregelung in § 17 Abs. 2 MBO-Ä gestattet es den Ärzten, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein, sofern sie Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patienten an jedem Ort ihrer Tätigkeit treffen.

Diese berufsrechtliche Änderung wird in Absatz 3 in der Weise umgesetzt [!] daß dem Vertragsarzt ermöglicht wird, neben der Tätigkeit an seinem Vertragsarztsitz an weiteren Orten tätig zu sein, wenn diese die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz nicht gefährdet; eine bestimmte Höchstzahl der weiteren Orte gibt das Vertragsarztrecht anders als die MBO-Ä [!] nicht vor (Satz 1).“<sup>10</sup>

**11** Dieser nicht viel mehr als eine Wiederholung des Wortlauts und eine verbale Verharmlosung der Abweichung vom neuen Berufsrecht enthaltenden „Begründung“ hatte die Bundesregierung im Allgemeinen Teil ihrer Erläuterungen bereits vorausgeschickt, daß „es zur Herstellung effizienter und auch medizinisch sinnvoller Versorgungsstrukturen in einigen Bereichen notwendig [sei], im Vertragsarztrecht über die im ärztlichen Berufsrecht erfolgte Liberalisierung hinaus zu gehen“ und als eines der Anwendungsbeispiele die hier soeben skizzierte Regelung genannt.<sup>11</sup>

## **c) Vertragsärztliche Berufsausübung mit anderen Leistungserbringern**

**12** § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV lautet bislang:

„(2)<sup>1</sup>Die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist nur zulässig unter Vertragsärzten. Sie bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuß. ...<sup>3</sup>Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn die Versorgung der Versicherten beeinträchtigt wird oder landesrechtliche Vorschriften über die ärztliche Berufsausübung entgegenstehen.“

**13** Art. 5 Nr. 11 lit. b) VÄndG-E<sup>12</sup> sieht vor, diese Regelung durch zwei neue Absätze 2 und 3 zu ersetzen, in denen von ggf. entgegenstehendem Landesberufsrecht nicht mehr die Rede ist und „die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ... unter allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungs-

---

<sup>7</sup> BR-Drs. 353/06, S. 6.

<sup>8</sup> § 98 Abs. 2 Nr. 13 SGB V in der bislang geltenden Fassung lautet: „(2) Die Zulassungsverordnungen müssen Vorschriften enthalten über ... 13. die Voraussetzungen, unter denen nach den Grundsätzen der Ausübung eines freien Berufes die Vertragsärzte angestellte Ärzte, Assistenten und Vertreter in der vertragsärztlichen Versorgung beschäftigen dürfen oder die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam ausüben können.“ Die zweite Variante der jetzigen Nr. 13 wird nach dem Entwurf (Art. 5 Nr. 6 lit. d), a.a.O., S. 6) in eine neue Nr. 13a verlagert.

<sup>9</sup> BR-Drs. 353/06, S. 67.

<sup>10</sup> Man bemerkt hier wie an anderen Stellen das Bemühen, die berufsrechtsrelevanten Veränderungen etwas herunterzuspielen. Am Befund ändert dies nichts.

<sup>11</sup> Begründung A II 1, BR-Drs. 353/06, S. 30.

<sup>12</sup> BR-Drs. 353/06, S. 16.

erbringern an einem gemeinsamen Vertragsarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft)“ für zulässig<sup>13</sup> erklärt wird.

- 14** Statt von Vertragsärzten ist nunmehr umfassender von „allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern“ die Rede, „um zu verdeutlichen, daß vertragsarztrechtlich nicht nur Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten, sondern zwischen ... Ärzten, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren zulässig sind und bezüglich der medizinischen Versorgungszentren auch unabhängig davon, ob sie als juristische Personen oder Personengesellschaften organisiert sind“.<sup>14</sup> In dieser neuen Möglichkeit, Berufsausübungsgemeinschaften nicht nur mit anderen ärztlichen, sondern auch mit anderen heilkundlichen Leistungserbringern einzugehen, sieht die Bundesregierung einen Schritt über die im ärztlichen Berufsrecht erfolgte Liberalisierung hinaus gehend, der „zur Herstellung effizienter und auch medizinisch sinnvoller Versorgungsstrukturen in einigen Bereichen notwendig“ sei.<sup>15</sup>

## **2. Die Herleitung der Bundeszuständigkeit**

- 15** Die Zuständigkeit des Bundes (auch) für die skizzierten Regelungen sucht die Bundesregierung in dieser Weise zu begründen:

„Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen der Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), 2 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung), 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes), 5 und 6 (Änderung der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte) folgt aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 Grundgesetz (GG).

Nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG erstreckt sich die konkurrierende Gesetzgebung auf das Gebiet der Sozialversicherung.

- 16** Die Neuregelungen durch die Artikel 1, 5 und 6 dienen der Weiterentwicklung des Vertragsarztrechts als Teilgebiet des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung, wie es im SGB V und in den Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte nach § 98 SGB V geregelt ist.
- 17** Eine bundesgesetzliche Regelung des Vertragsarztrechts ist erforderlich im Sinne des Art. 72 Abs. 2 GG. Der Bund hat im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung das Gesetzgebungsrecht, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht.
- 18** Die Erforderlichkeit setzt nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts voraus, daß ohne die bundesgesetzliche Regelung konkrete Gefahren für die in Art. 72 Abs. 2 GG enthaltenen Zielvorgaben bestehen. Die "Wahrung der Rechtseinheit" liegt dabei im gesamtstaatlichen Interesse, wenn die unterschiedliche rechtliche Behandlung desselben Lebenssachverhalts unter Umständen erhebliche Rechtsunsicherheiten und damit unzumutbare Behinderungen für den länderübergreifenden Rechtsverkehr erzeugen kann. Die "Wahrung der Wirtschaftseinheit" liegt demgegenüber im gesamtstaatlichen Interesse, wenn es um die Erhaltung der Funktionsfähigkeit des Wirtschaftsraums der Bundesrepublik durch bundeseinheitliche Rechtssetzung geht.
- 19** Vorliegend hat der Bundesgesetzgeber auf dem ihm kompetentiell vom Grundgesetz gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG zugewiesenen Gebiet der Sozialversicherung ein umfassendes Regelungskonzept entwickelt, das zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse und zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit erforderlich ist. Die bundesweite Funktionsfähigkeit der Sozialversicherung hat elementare Bedeutung für die Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland. Eine in allen Landesteilen gleich funktionsfähige Sozialversicherung ist auf der Basis unterschiedlicher Ländergesetze praktisch kaum denkbar, so daß die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse entscheidend von einer bundesgesetzlichen Regelung abhängt.

---

<sup>13</sup> § 33 Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV (neu).

<sup>14</sup> Begründung, BR-Drs. 353/06, S. 70.

<sup>15</sup> Begründung A II 1, BR-Drs. 353/06, S. 30.

- 20 Nicht zuletzt die gleichheitsrechtlich gebotene bundesweite Regelung der Teilnahme der Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung, der zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Bedarfsplanung und der Beschränkung von Zulassungen läßt sich mit unterschiedlichen landesrechtlichen Regelungen nicht erreichen. Divergierendes Landesrecht würde die Möglichkeit der Vertragsärzte aller Länder, im gesamten Bundesgebiet praktizieren zu können, erschweren. Divergierendes Landesrecht könnte auch die Mobilität der Versicherten innerhalb des Bundesgebiets einschränken und für die Unternehmen Handlungsbeschränkungen verursachen, so daß der Bund auch zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit des Wirtschaftsraums der Bundesrepublik Deutschland bundeseinheitliches Recht setzen durfte.
- 21 Einzelne Teile dieses Regelungskonzepts können nur dann gemäß Art. 72 Abs. 2 GG ("soweit") aus diesem Konzept als zu regelungsintensiv herausgenommen werden, wenn das Gesamtkonzept und damit die Wirkung der gesetzlichen Regelung ohne sie nicht gefährdet wird.
- 22 Der vorliegende Gesetzentwurf entwickelt in der Folge der durch die neuen (Muster-) Berufsordnungen geschaffenen Spielräume für die Berufsausübung der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten das Vertragsarztrecht, wie es im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und in den Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte geregelt ist, mit gleicher Zielrichtung fort. Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Leistungserbringung durch medizinische Versorgungszentren und organisationsrechtliche Instrumente zur Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung und zur Abmilderung von regionalen Versorgungsproblemen vor.
- Einzelne Teile hieraus, insbesondere das Recht der vertragsärztlichen Berufsausübung, zugunsten von einander abweichender Regelungen durch die Länder herauszubrechen, würde das gesetzliche Regelungskonzept und dessen Sachgerechtigkeit gefährden. ...<sup>16</sup>

## **II. Die Auswirkungen auf das Landesberufsrecht der Ärzte**

### **1. Die Beschäftigung angestellter Praxisärzte**

- 23 Die oben (RN 5-8) skizzierte Neuregelung geht – bewußt und gewollt – über das in der (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte<sup>17</sup> Vorgesehene hinaus und kollidiert damit mit den berufsrechtlichen Vorschriften derjenigen Länder, in denen das von den Kammern gesetzte Recht mit der MBO übereinstimmt. Es gerät darüber hinaus in Konflikt mit dem Berufsrecht derjenigen Länder, die insbesondere die 2004 verabschiedeten Neuerungen der MBO *nicht* übernommen haben. Im einzelnen:

#### **a) Abweichung von der Muster-Berufsordnung**

- 24 § 19 Abs. 2 MBO sieht in der Fassung von 2004 erstmals vor:
- „(2) In Fällen, in denen der Behandlungsauftrag der Patientin oder des Patienten regelmäßig nur von Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann, darf eine Fachärztin oder ein Facharzt als Praxisinhaberin oder Praxisinhaber die für sie oder ihn fachgebietsfremde ärztliche Leistung auch durch eine angestellte Fachärztin oder einen angestellten Facharzt des anderen Fachgebietes erbringen.“
- 25 Dazu heißt es in den einschlägigen Hinweisen und Erläuterungen der Bundesärztekammer vom 17. Februar 2006:<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Regierungsbegründung, A (Allgemeiner Teil) III (Gesetzgebungskompetenz des Bundes) 1 (Regelungen der Artikel 1, 2, 3, 5 und 6), BR-Drs. 353/06, S. 34-36.

<sup>17</sup> MBO-Ärzte 1997 i.d.F. der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages 1997 in Eisenach, zuletzt geändert durch die Beschlüsse des 107. Deutschen Ärztetages 2004 in Bremen; hier künftig: MBO.

<sup>18</sup> „Niederlassung und berufliche Kooperation – Neue Möglichkeiten – Hinweise und Erläuterungen zu §§ 17–19 und 23a–d (Muster-)Berufsordnung (MBO) Stand 17. Februar 2006“, Deutsches Ärzteblatt 103, Ausgabe 12 vom 24. März 2006, Seite A-801 (A-805).

„Während § 19 Abs. 1 MBO der bisher geltenden Bestimmung entspricht, stellt § 19 Abs. 2 MBO klar, daß die Beschäftigung fachgebietsfremder angestellter Ärztinnen und Ärzte zulässig ist. Dies setzt voraus, daß ein Behandlungsauftrag regelhaft nur von Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann. Es ist jetzt also möglich, daß z. B. operativ tätige Ärztinnen und Ärzte eine Anästhesistin bzw. einen Anästhesisten anstellen können oder umgekehrt. Aber auch im Rahmen von DMP-Programmen<sup>19</sup> kann es sinnvoll sein, die erforderliche fachgebietsüberschreitende Versorgung gemeinsam mit angestellten Ärztinnen und Ärzten zu gewährleisten.“

- 26 Die vorgesehene Bundesregelung geht über § 19 Abs. 2 MBO ersichtlich hinaus. Nach ihr hängt die Anstellung fachgebietsfremder Ärzte *nicht* davon ab, daß „der Behandlungsauftrag der Patientin oder des Patienten regelmäßig nur von Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann“. Nach ihr wäre es daher z.B. auch vorstellbar, daß ein Hals-Nasen-Ohren-Arzt einen Urologen anstellt.
- 27 Eine solche Anstellung verstieße in allen Kammerbezirken gegen das Landesberufsrecht, denn keine Kammer geht in der Art des Entwurfs über § 19 Abs. 2 MBO hinaus (verzichtet also auf den Vorbehalt eines einschlägigen Behandlungsauftrags), und acht Kammern bleiben<sup>20</sup> ohnehin hinter der Neuregelung des § 19 Abs. 2 MBO 2004 zurück, gestatten also auch unter dessen einschränkenden Kautelen nicht die Anstellung fachgebietsfremder Ärzte, geschweige denn nach den großzügigeren Maßgaben des Entwurfs.

#### **b) Zusätzlicher Konflikt mit acht landesberufsrechtlichen Regelungen**

- 28 Dabei ist die Abweichung des Entwurfs vom Berufsrecht in acht Kammerbezirken<sup>21</sup> (und damit in acht Ländern<sup>22</sup>) besonders kraß, weil dort von der Neuerung des § 19 Abs. 2 MBO 2004 kein Gebrauch gemacht worden ist.
- 29 Beispiel: Im Zuständigkeitsbereich der Bayerischen Landesärztekammer ist für die Beschäftigung angestellter Praxisärzte unverändert § 19 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (künftig: BayBO) i.d.F. der Bek. vom 1. August 2005<sup>23</sup> maßgeblich, der in sachlicher (und weitgehend auch wörtlicher) Übereinstimmung mit § 19 Abs. 1 MBO 2004 vorsieht:
- „(1) Der Arzt muß die Praxis persönlich ausüben. Die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiter in der Praxis setzt die Leitung der Praxis durch den niedergelassenen Arzt voraus. Der Arzt hat die Beschäftigung der ärztlichen Mitarbeiter dem ärztlichen Bezirksverband anzuzeigen.“
- 30 „Leitung der Praxis“ im Sinne des Satzes 2 umfaßt nach herrschender Meinung insbesondere die medizinisch-fachliche Leitung, nicht etwa nur die administrativ-kaufmännische Leitung. Dies schließt – auch ohne ausdrückliches Verbot – die Beschäftigung fachfremder angestellter Ärzte aus, da der einem anderen Fachgebiet angehörende Praxisinhaber sie nicht fachlich überwachen könnte.

---

<sup>19</sup> Disease-Management-Programme.

<sup>20</sup> Nach einer Aufstellung der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer nach dem Stande vom 24. April 2006).

<sup>21</sup> Kammern Bayern, Berlin, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt.

<sup>22</sup> In Nordrhein-Westfalen für den Kammerbezirk Nordrhein, nicht auch für den Kammerbezirk Westfalen-Lippe.

<sup>23</sup> Bayerisches Ärzteblatt SPEZIAL 2/2005.

### c) Berufsrechtliche Folgen der Nutzung der vertragsarztrechtlichen Neuregelungen

- 31 Ein Vertragsarzt, der die von § 95 Abs. 9 SGB V und § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV i.d.F. des Entwurfs eingeräumten Möglichkeiten nutzen würde, verstieße in jedem Falle gegen Landesberufsrecht:
- 32 Stellt er unter Vernachlässigung der in § 19 Abs. 2 MBO 2004 aufgestellten Einschränkungen fachfremde Ärzte an,<sup>24</sup> so verstößt er in *allen* Kammerbezirken gegen das Berufsrecht, in den einen (die § 19 Abs. 2 MBO 2004 übernommen haben), weil er die geltenden Voraussetzungen für die Anstellung nicht beachtet hat, in den anderen (die § 19 Abs. 2 MBO 2004 nicht übernommen haben), weil die Anstellung fachfremder Ärzte überhaupt nicht zugelassen ist.
- 33 Der Vertragsarzt, der bei der Anstellung fachfremder Ärzte die Maßgaben des § 19 Abs. 2 MBO 2004 beachtet, verstößt in den Kammerbezirken gegen Berufsrecht, die – wie Bayern - § 19 Abs. 2 MBO 2004 nicht übernommen haben.
- 34 In allen Fällen müßte die zuständige Kammer mit dem ihr eigenen berufsrechtlichen Sanktionsinstrumentarium (Rüge, Antrag auf berufsgerichtliche Entscheidung) gegen diesen Arzt vorgehen. Der Vertragsarzt sähe sich einander widersprechenden rechtlichen Anforderungen an seine Berufsausübung ausgesetzt.
- 35 Und wenn der Konflikt der Rechtsordnungen zugunsten des Vertragsarztrechts aufgelöst würde, schrumpfte der Anwendungsbereich des insoweit einschlägigen Berufsrechts auf die Behandlung von *Privatpatienten*. Damit würde nicht nur das Berufsrecht aus seinem angestammten Felde verdrängt, es stellte sich auch die zusätzliche Frage, wie sich die divergierende Behandlung von Privat- und Kassenpatienten rechtfertigen lassen sollte.

### 2. Vertragsärztliche Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes

- 36 § 17 Abs. 2 MBO 2004 sieht vor:
- „(2) Ärztinnen und Ärzten ist es gestattet, über den Praxissitz hinaus an *zwei* weiteren Orten ärztlich tätig zu sein. Ärztinnen und Ärzte habe Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten an jedem Ort ihrer Tätigkeit zu treffen.“<sup>25</sup>
- 37 Die Bayerische Ärztekammer hat dies für ihren Zuständigkeitsbereich durch den – nach dem Wort „Tätigkeit“ und vor die Wörter „zu treffen“ eingefügten – Zusatz „...“, insbesondere durch räumliche Nähe der weiteren Praxen zum Praxissitz, ...“ präzisiert.
- 38 Die oben (RN 9-11) skizzierte Regelung des Entwurfs geht gezielt über die eine wie die andere berufsrechtliche Version hinaus, indem sie eine Höchstzahl der weiteren Orte nicht vorgibt. Auch dies bringt den Arzt in einen Konflikt zwischen seinem Berufsrecht und dem Vertragsarztrecht; es gilt nichts anderes als das zur Beschäftigung angestellter Ärzte (sub II 1) Gesagte.

### 3. Vertragsärztliche Berufsausübung mit anderen Leistungserbringern

- 39 Die oben (RN 12-14) vorgestellte Regelung des Entwurfs weicht von § 18 Abs. 1 in Verbindung mit § 23b MBO 2004<sup>26</sup> ab. Nach § 18 Abs. 1 MBO dürfen sich Ärztinnen und Ärzte zu Berufsausübungsgemeinschaft-

---

<sup>24</sup> Beispiel: Der oben apostrophierte HNO-Vertragsarzt stellt einen Urologen an.

<sup>25</sup> Hervorhebung durch Kursivdruck nicht im Original. Dazu die Hinweise und Erläuterungen der Bundesärztekammer, FN 18, Seite A-802.



ten – auch beschränkt auf einzelne Leistungen –, zu Organisationsgemeinschaften, zu medizinischen Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbänden zusammenschließen. Unter einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft versteht § 23b MBO einen Zusammenschluß von Ärzten mit Angehörigen der dort genannten anderen Fachberufe für Zwecke der kooperativen Berufsausübung. Ein Zusammenschluß mit nicht natürlichen Personen ist – anders als nach dem Entwurf – nicht vorgesehen. Berufsrechtlich ist also die hier gemeinte Kooperation eines Vertragsarztes mit einem Krankenhaus oder einem Medizinischen Versorgungszentrum, sofern juristische Personen, nicht vorgesehen.

- 40 Diese Divergenz zwischen Vertragsarztrecht und Berufsrecht birgt das gleiche Konfliktpotential wie die beiden anderen zuvor (RN 5-11) beschriebenen Regelungen des Entwurfs.

#### 4. Das Fazit: Bestenfalls Versteinerung, schlimmstenfalls Verdrängung

- 41 Die skizzierten Regelungen lösen damit das Vertragsarztrecht ein weiteres Mal<sup>27</sup> von dem Fundament des Ärzteberufsrechts, das, was die *Berufsausübung* anlangt, an sich unstrittig als ausschließliche Angelegenheit der Länder angesehen wurde und wird.<sup>28</sup>
- 42 Sie ersetzen insbesondere die bisherigen ausdrücklichen und stillschweigenden Verweise des Bundesrechts auf das Berufs-Landesrecht durch eigenständige Vorschriften. An die Stelle dynamischer und die Eigenständigkeit des Landesrechts respektierender Verweisungen soll Bundesrecht treten, das das Landesrecht mit oder ohne Änderungen inkorporiert. Die Inkorporierung ohne Veränderung wirkt sich auf das Berufsrecht der Länder nicht weniger gravierend aus als die Ersetzung durch anderslautendes Bundesrecht.

---

<sup>26</sup> Sachlich (wenngleich nicht ganz wörtlich) ebenso § 18 Abs. 1 in Verbindung mit § 23a BayBO.

<sup>27</sup> Zu früheren Eingriffen des Bundes in die ausschließliche Zuständigkeit der Länder für das Berufsrecht der Ärzte vgl. kritisch unter eingehender Auswertung der einschlägigen Rechtsprechung und Literatur *Riedel/Derpa*, Kompetenzen des Bundes und der Länder im Gesundheitswesen – dargestellt anhand ausgewählter Regelungen im Sozialgesetzbuch, Fünfter Teil (SGB V), Berlin/Heidelberg/New York 2002.

<sup>28</sup> Vgl. nur BVerfGE 71, 162 (171f.): „Denn nach der Kompetenzordnung des Grundgesetzes steht jedenfalls den Ländern und nicht dem Bund die ausschließliche Befugnis zu, die Berufsausübung der Ärzte *nach* ihrer Zulassung zu regeln und im Zusammenhang mit der Ordnung des ärztlichen Berufsbildes Werbeverbote für den zugelassenen Arzt zu normieren (vgl. BVerfGE 33, 125 [154 f.]; Dünisch, BayVBl. 1982, S. 102 [105 f.]).“

Im Grundsatz nicht anders z.B. BVerfGE 98, 265 (303): „Grundsätzlich liegt das ärztliche Berufsrecht – abgesehen von der Zulassung zu den ärztlichen und anderen Heilberufen (Art.74 Abs.1 Nr.19 GG) und dem Recht der Vertragsärzte (Art.74 Abs.1 Nr.12 GG) sowie berufsbezogenen Strafvorschriften (Art.74 Abs.1 Nr.1 GG) – in der ausschließlichen Kompetenz der Länder. Mit Rücksicht darauf regeln Bundesgesetze, die auf die Kompetenztitel der Nummern 1, 12 oder 19 von Art.74 Abs.1 GG gestützt sind, das Berufsrecht nicht abschließend. Insbesondere ist der strafrechtliche Rechtsgüterschutz in aller Regel nicht abschließend und hindert nicht, daß die Länder im Rahmen ihrer Zuständigkeit andere Gesetze nicht strafrechtlicher Art zum Schutz solcher Rechtsgüter erlassen, die entweder durch Strafansetzung geschützt werden oder eines strafrechtlichen Schutzes ermangeln.“ Dabei muß man allerdings sehen, daß das Gericht in dieser Entscheidung beiläufig das „Recht der Vertragsärzte“ ausdrücklich herausnimmt. Aber die Bedeutung dieser Herausnahme bleibt völlig ungewiß, solange nicht geklärt ist, was alles dem „Recht der Vertragsärzte“ in einem kompetentiell relevanten Sinne, d.h. mit der Folge der Zuordnung zur „Sozialversicherung“ i.S. des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG, zuzurechnen ist.

**a) Versteinerung: Inkorporierung des unveränderten Berufsrechts**

- 43 Im ersten Falle wird sich das neue Vertragsarztrecht gewissermaßen zufällig mit dem augenblicklich geltenden Berufsrecht decken. Diese Lage ergibt sich, soweit das (nunmehr inkorporierte) Berufsrecht der Länder, einmütig der Musterberufs-Ordnung folgend, bundesweit übereinstimmt. Künftige Änderungen des Berufsrechts in einem Land oder auch in mehreren oder allen Ländern werden auf das nunmehr komplett bundesrechtlich geregelte Vertragsarztrecht keinen Einfluß mehr haben; dieses hat sich von jenem abgekoppelt. Das inkorporierte und zu Bundesrecht umgewandelte Landesrecht ist, was den Vertragsärzterbereich anlangt, für den Landesgesetzgeber „versteinert“. Gleich, welche Änderungen er beschließt, sie werden auf das Vertragsärzterecht keinen Einfluß mehr ausüben – es sei denn, der Bund übernehme sie früher oder später.
- 44 Zugleich wird die Inkorporierung den Landesgesetzgeber und die Kammern vor Änderungen ihres Rechts künftig zögern lassen, weil sie mit ihnen Dissonanzen mit dem Bundesrecht und damit Konflikte zwischen berufsrechtlichen und sozialversicherungsrechtlichen Konzepten heraufbeschwören könnten.

**b) Verdrängung: Inkorporierung des veränderten Berufsrechts**

- 45 Im zweiten Falle – der Änderung und Ersetzung des Landesrechts – stellt sich die Konfliktlage sofort, also unabhängig von kommenden Änderungen des Landesrechts, ein. Das Berufsrecht fordert, erlaubt oder verbietet Anderes als das Vertragsärzterecht, und konfliktfrei kann das Berufsrecht nurmehr in dem schmalen Sektor fungieren, in dem der Arzt nicht als Vertragsarzt tätig ist.

## B. Die kompetentielle Zuordnung der fraglichen Regelungen

- 46 Die Begründung des Entwurfs stützt auch die hier interessierenden Regelungen – mit auffällig dünnen Worten – auf den Kompetenztitel „Sozialversicherung“, Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG.<sup>29</sup> Sie dienen „der Weiterentwicklung des Vertragsarztrechts als Teilgebiet des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung, wie es im SGB V und in den Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte nach § 98 SGB V geregelt ist“.<sup>30</sup>
- 47 Der Satz trifft (natürlich) zu, soweit er den redaktionellen Standort des Vertragsarztrechts und des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung betrifft. Zu einer Antwort auf die Frage, unter welchen Voraussetzungen denn eine Regelung, die sich selbst dem Vertragsarztrecht, damit dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, damit schließlich der Sozialversicherung einfügen will, kompetentiell der „Sozialversicherung“ im Sinne der Nr. 12 des Art. 74 Abs. 1 GG zuzuordnen ist, trägt er nichts bei. Es bewendet also bei der schieren Behauptung, und klar ist, daß der redaktionelle Standort einer Vorschrift zwar über die kompetentiellen Vorstellungen und Wünsche ihres Autors etwas verrät, aber nichts über die wirkliche Verfassungslage. So fehlt denn in der Entwurfsbegründung auch jeder Versuch, die *einzelnen* Vorschriften, die in das Landesberufsrecht hinübergreifen, je für sich kompetentiell zu würdigen und unter Nr. 12 zu subsumieren.
- 48 Dies aber wäre um so notwendiger angesichts des Umstandes gewesen, daß sich bislang das Landesberufsrecht – kompetentiell unbeanstandet – eines Teils der Materie angenommen und der Bundesgesetzgeber sich weithin mit einem Verweis auf dieses Landesrecht begnügt hat, und zwar nicht deswegen, weil er meinte, insoweit von seiner konkurrierenden Zuständigkeit zur Regelung der „Sozialversicherung“ keinen Gebrauch im Sinne des Art. 72 Abs. 1 GG machen zu brauchen oder zu sollen, sondern offenkundig deswegen, weil er insoweit die Grenze des Kompetenztitels „Sozialversicherung“ als erreicht ansah. Der nun geplante Übergreif in das Landesberufsrecht bleibt ein solcher, auch wenn ihm neuerdings das Mäntelchen „Sozialversicherung“ umgehängt wird.

### I. Sozialversicherung, Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG?

#### 1. Der kompetentielle Begriff

- 49 Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts umfaßt „Sozialversicherung“ als verfassungsrechtlicher Gattungsbegriff alles, was sich der Sache nach als Sozialversicherung darstellt. Auch neue Lebenssachverhalte könnten in das Gesamtsystem „Sozialversicherung“ einbezogen werden, wenn die neuen Sozialleistungen in ihren wesentlichen Strukturelementen, insbesondere in der organisatorischen Bewältigung ihrer Durchführung dem Bild entsprächen, das durch die „klassische“ Sozialversicherung geprägt sei.<sup>31</sup> Zur „Sozialversicherung“ gehöre jedenfalls die gemeinsame Deckung eines möglichen, in seiner Gesamtheit

---

<sup>29</sup> Begründung A III 1, BR-Drs. 353/06, S. 34.

<sup>30</sup> Begründung A III 1, BR-Drs. 353/06, S. 34-

<sup>31</sup> Zum Begriff der „öffentlichen Fürsorge“, Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG, entsprechend BVerfGE 108, 186 (214).

schätzbaren Bedarfs durch Verteilung auf eine organisatorische Vielfalt. Das soziale Bedürfnis nach Ausgleich besonderer Lasten und die Art und Weise, wie die Aufgabe organisatorisch bewältigt werde (durch Anstalten oder Körperschaften des öffentlichen Rechts, die ihre Mittel durch Beiträge der „Beteiligten“ aufbringen) kennzeichneten die „Sozialversicherung“.<sup>32</sup>

## **2. Die gesetzliche Krankenversicherung als Teil der „Sozialversicherung“**

50 Nach diesen etwas verlegenen Definitionsansätzen ist klar, daß der Begriff entwicklungsfähig und Neuerungen gegenüber aufgeschlossen sein soll. Klar scheint auch, daß auch die gesetzliche Krankenversicherung, soweit sie das Verhältnis der Versicherten zu den Versicherern betrifft, sich in diesen dynamischen Begriff gut einfügt.

51 *Insoweit* mag gegen die Selbstverständlichkeit, mit der Gesetzgeber nicht weniger als die Gerichte die gesetzliche Krankenversicherung zur „Sozialversicherung“ im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG schlagen, wenig einzuwenden sein. So heißt es etwa in der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 18. Juli 2005 zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung:<sup>33</sup>

„Die Einführung des Risikostrukturausgleichs ist eine Maßnahme der Sozialversicherung im Sinne dieser Vorschrift (zum Begriff der Sozialversicherung BVerfGE 11, 105 [111ff.]; 75, 108 [146ff.]; 87, 1 [34]; 88, 203 [313]; stRspr). Die Kompetenz aus Art.74 Abs. 1 Nr.12 GG ist bereits aus sich heraus auch auf die Regelung der Finanzierung der Sozialversicherung gerichtet. Dies gilt nicht nur in einem engeren Sinn für die Erhebung von Sozialversicherungsbeiträgen, sondern in einem weiteren Sinn auch für Regelungen über die Erstattung und den Ausgleich von Sozialversicherungsleistungen (vgl. BVerfGE 75, 108 [146ff.]; 81, 156 [185]; 99, 202 [212]).“

## **3. Die Vertragsärzte als Teil der „Sozialversicherung“?**

52 Klar muß nur sein, daß damit über die kompetentielle Zuordnung des Vertragsarztrechts nichts gesagt ist. Die Vorfrage, was denn alles zum Vertragsarztrecht rechnet, ist ebenso offen wie die Hauptfrage, was davon wirklich „Sozialversicherung“ darstellt.

53 Keine der beiden Fragen ist in der Rechtsprechung abschließend geklärt, obwohl auch insofern manche Formulierungen das Gegenteil zu implizieren scheinen.

54 Beispiele: 1998 meinte das Bundesverfassungsgericht, ganz beiläufig das – von ihm nicht definierte – Vertragsarztrecht der Nr. 12 des Art. 74 Abs. 1 GG zuschlagen zu sollen:<sup>34</sup>

„Grundsätzlich liegt das ärztliche Berufsrecht – *abgesehen von* der Zulassung zu den ärztlichen und anderen Heilberufen (Art.74 Abs. 1 Nr.19 GG) und *dem Recht der Vertragsärzte* (Art.74 Abs. 1 Nr.12 GG) sowie berufsbezogenen Strafvorschriften (Art.74 Abs. 1 Nr.1 GG) – in der ausschließlichen Kompetenz der Länder. Mit Rücksicht darauf regeln Bundesgesetze, die auf die Kompetenztitel der Nummern 1, 12 oder 19 von Art.74 Abs. 1 GG gestützt sind, das Berufsrecht nicht abschließend.“<sup>35</sup>

55 1999 führte die 2. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts im Zusammenhang mit der verfahrensgegenständlichen Trennung zwischen der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung in der

---

<sup>32</sup> Vgl. etwa BVerfGE 11, 105 (111-114); 29, 221 (233); 62, 354 (366); 63, 1 (35); 75, 108 (146-149); 87, 1 (34); 88, 203 (313); 99, 202 (212); 103, 197 (215); 109, 96 (109-111).

<sup>33</sup> BVerfGE 113, 167 (195-197).

<sup>34</sup> BVerfGE 98, 265 (303).

<sup>35</sup> Kursivdruck nicht im Original.

gesetzlichen Krankenversicherung aus:<sup>36</sup> Die Regelung gehöre „der Sache nach“ zum Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie konkretisiere die abrechenbaren ärztlichen Leistungen an die Versicherten im ambulanten Bereich. Die Gegenauffassung berücksichtige „nicht die selbständige Bedeutung der Sozialversicherung, in der eigenständige Regelungen auf Grundlage ihres Auftrags jederzeit möglich sind“. Der Satz gab und gibt Rätsel auf. Er begnügt sich mit schierer Behauptung und einer Reihung von Leerformeln.<sup>37</sup> Eine nachvollziehbare Begründung fehlt,<sup>38</sup> ebenso ein Hinweis auf etwa einschlägige Senatsrechtsprechung des Gerichtes, der sie entbehrlich machen könnte.<sup>39</sup>

- 56 2001 schließlich sprach das Bundesverfassungsgericht in einem Verfahren, das die Altersgrenze für Vertragsärzte betraf, die Kompetenzfrage überhaupt nicht an, setzte es also die Zuständigkeit (einschließlich der Erfüllung der Vorgaben des Art. 72 Abs. 2 GG) offenbar als selbstverständlich voraus und begnügte es sich mit der Prüfung der rein inhaltlichen Grundrechtskonformität der angegriffenen Regelung.<sup>40</sup>
- 57 Keine der Entscheidungen<sup>41</sup> erlaubt den sicheren Schluß, „das“ Vertragsarztrecht schlechthin, also etwa alles Recht, das Vertragsärzte irgendwie betrifft, falle unter die Sozialversicherung im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG.<sup>42</sup> Allenfalls gestatten sie – und dies auch nur, wenn man sich an der Selbstverständlichkeit und Kargheit der Aussagen nicht stört – anzunehmen, daß der jeweils verfahrensgegenständliche Aus-

---

<sup>36</sup> Beschluß vom 17. Juni 1999 – 1 BvR 2507/97, NJW 1999, 2730 (2731).

<sup>37</sup> Von dieser Vorgehensart unterscheidet sich – ungeachtet des mit der Kammer-Entscheidung übereinstimmenden Ergebnisses – vorteilhaft das Bemühen des Bundessozialgerichts um inhaltliche Argumentation und Auseinandersetzung zur selben Frage in BSGE 80, 256 (258-260).

<sup>38</sup> Jedenfalls im veröffentlichten Abdruck der Entscheidung. Auch eine Auseinandersetzung mit der kritischen Literatur fehlt gänzlich. So hat etwa G. Schneider schon 1995 die kompetentielle Zuordnung der Trennung von haus- und fachärztlicher Tätigkeit zu Nr. 12 mit guten Gründen beanstandet; vgl. *dens.*, Rechtsfragen zur Hausarzt- und Facharztregelung. Die Neugliederung des Arztsystems nach dem Gesundheitsstrukturgesetz, MedR 1995, S. 175 (178f.).

<sup>39</sup> Möglicherweise haben diese deutlichen Schwächen der Entscheidung die Bundesregierung bewogen, aus der Begründung (dort S. 9) zum Referenten-Entwurf nach dem Stand vom 10. April 2006 den Hinweis auf diesen Beschluß nicht in ihre eigene Begründung zu übernehmen. Möglicherweise war es aber auch die Einsicht, daß auch bei Zugrundelegung dieser Entscheidung für die hier interessierenden ganz andersartigen Themen nichts gewonnen wäre.

<sup>40</sup> BVerfGE 103, 172 (183-195).

<sup>41</sup> Für die knappen Bemerkungen des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. etwa BVerwGE 65, 362 [365] zum Notfall- und Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung; BVerwGE 99, 10 [12] zum Entgelt für notärztliche Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung) gilt nichts anderes.

<sup>42</sup> Auch die Überlegungen des Bundessozialgerichts (BSGE 80, 256 [258]) bleiben insofern blaß: „[D]as GG hat das Vertragsarztrecht als Teil der in der früheren RVO geregelten Versicherung gegen Krankheit als Bundeskompetenz übernommen, und die Kassen- bzw. Vertragsärzte sind als Leistungserbringer in das öffentlich-rechtliche System der gesetzlichen KV einbezogen ...“ Ersichtlich läßt sich so nicht darlegen, daß das Recht der Leistungserbringer generell der Nr. 12 zuzuordnen ist.

Immerhin respektiert das Bundessozialgericht anschließend (a.a.O., S. 259f.) den Umstand, daß das allgemeine ärztliche Berufsrecht in die ausschließliche Zuständigkeit der Länder fällt, indem es die Zuordnung der streitgegenständlichen Regelung (Trennung der hausärztlichen und der fachärztlichen Tätigkeiten von Vertragsärzten) zu Nr. 12 dadurch zu retten versucht, daß es annimmt, sie knüpfe an landesberufsrechtlich vorgegebene Modelle lediglich an. Vgl. zu diesem aus Gründen der Bundestreue gebotenen Respekt auch unten RN 115-132.

schnitt aus dem Vertragsarztrecht der Nr. 12 zugeordnet werden kann. Keiner dieser Ausschnitte betraf Regelungen der hier interessierenden Art.

#### 4. Subsumtion

- 58 Angesichts dieser Umstände erscheint die berichtete apodiktische Annahme der Regierungsbegründung, es gehe bei den vorgesehenen Regelungen um Vertragsarztrecht, damit um Krankenversicherung, also um Nr. 12, kühn. Dem Bund wächst eine Zuständigkeit für das Berufsrecht der Ärzte, auch für das „nur“ der Vertragsärzte, nicht dadurch zu, daß er es aus seinem genuinen und bislang unstrittigen Standort im Landesbereich herauslöst, um seine – wirklichen oder vermeintlichen – „Liberalisierungstendenzen“ zu übernehmen, zu vereinheitlichen und zu übertreffen. Nicht der Wunsch begründet Zuständigkeiten, sondern allein die Verfassung.

### II. Zulassung zu den ärztlichen Heilberufen, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG?

#### 1. Die Nichteinschlägigkeit der Nr. 19

- 59 Der Vertragsarzt (früher: Kassenarzt) ist trotz aller Besonderheiten kein eigenständiger ärztlicher Beruf. Diese Auffassung hat das Bundesverfassungsgericht schon frühzeitig begründet, und an ihrer Berechtigung hat die zwischenzeitliche Perfektionierung und Arrondierung des Vertragsarztrechts durch den Bundesgesetzgebers nichts geändert. Daß das Gericht seine Sicht, der Vertragsarzt sei kein eigener Beruf, sondern eine besondere Erscheinungsform des ärztlichen Heilberufs,<sup>43</sup> zunächst im Zusammenhang mit Art. 12 Abs. 1 GG – nicht mit Nr. 19 – entwickelt hat, tut dem keinen Abbruch; die grundrechtliche Unterscheidung zwischen Wahl und Ausübung des Berufs kehrt mit anderen Worten (wenngleich mit anderer Funktion, wie das Bundesverfassungsgericht zutreffend hervorgehoben hat) im Kompetenzbereich wieder, der dem Bund (nach Maßgabe des Art. 72 Abs. 2 GG) Zugang zur „Zulassung“, nicht aber zur Ausübung des ärztlichen Berufs verschafft. Das Vertragsarztrecht kann schon deswegen nicht der Nr. 19 des Art. 74 Abs. 1 GG (Zulassung zu den ärztlichen und anderen Heilberufen) zugeordnet werden.
- 60 Selbst wenn aber angenommen werden könnte, der Vertragsarzt habe sich unterdessen zu einem eigenen Beruf entwickelt, so daß *insoweit* Nr. 19 also einschlägig sein könnte, betreffen die hier interessierenden Regelungen des Entwurfs doch nicht die „Zulassung“ zum (vorgeblichen) „Beruf“ des Vertragsarztes. Den Begriff der „Zulassung“ sah schon die Facharzt-Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts als „geklärt“ an:
- „[E]r ist wortgetreu auszulegen und umfaßt im wesentlichen die Vorschriften, die sich auf Erteilung, Zurücknahme und Verlust der Approbation oder auf die Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs beziehen (BVerfGE 4, 74 [83 ff.]; 7, 18 [25]; 17, 287 [292]). Die Regelung der ärztlichen Weiterbildung *nach* Erteilung der Approbation und damit die gesamte Regelung des Facharztwesens gehört dagegen zur ausschließlichen Gesetzgebungszuständigkeit der Länder.“<sup>44</sup>
- 61 Auch die doch wohl weitere Deutung des Wortes durch das Altenpflege-Urteil von 2002<sup>45</sup> gibt keinen Anhaltspunkt dafür, die hier interessierenden Regelungen könnten die „Zulassung“ betreffen.

---

<sup>43</sup> Vgl. bereits BVerfGE 11, 30 (41).

<sup>44</sup> BVerfGE 33,125 (154f.). Später ebenso z.B. BVerfGE 68, 319 (331f.).

<sup>45</sup> BVerfGE 106, 62 (124-128).

Die Bundesregierung hat daher zu Recht darauf verzichtet, sich in der Begründung ihres Entwurfs auch auf Nr. 19 zu berufen.

## 2. Die systematische Sperrwirkung der Nr. 19

- 62 Die gezielte Schmalheit des Kompetenztitels „Zulassung zu den ärztlichen Heilberufen“ (Nr. 19) wirkt sich auf die Deutung der anderen Kompetenztitel des Art. 74 Abs. 1 GG aus: Sie dürfen nicht so ausgelegt werden, daß sie die Enge der Nr. 19 konterkarieren. Nachdem Nr. 19 den Sinn hat, dem Bund eine umfassende Zuständigkeit im Gesundheitswesen zu versagen, verbietet sich jede Interpretation des Kompetenzkataloges des Art. 74 Abs. 1 GG im übrigen – sei es einzelner seiner Ziffern, sei es einer Kombination von ihnen –, die sie ihm im Ergebnis (wenn auch immer unter dem Vorbehalt des Art. 72 Abs. 2 GG) doch eröffnet. Sie unterliefe die gewollte Begrenztheit der Kompetenz aus Nr. 19.<sup>46</sup> Nachdem auch Nr. 19 mit all ihren Teilgebieten keine „Globalermächtigung des Bundes für den Bereich des Gesundheitswesens“ darstellt,<sup>47</sup> können *andere* Kompetenztitel keinen Ersatz für eine solche Globalermächtigung liefern.
- 63 Auch aus diesem systematischen Grunde darf (auch) in den Begriff der „Sozialversicherung“, wie weit auch immer er gefaßt werde, nicht die Ermächtigung zur Regelung der Berufsausübung der ärztlichen Berufe, betreffe sie auch „nur“ die Vertragsärzte, hineingelesen werden.
- 64 Freilich schließt andererseits die Enge der Nr. 19 den Bund nicht schlechthin vom Zugang zu anderen Materien des Gesundheitswesens endgültig aus.<sup>48</sup>

## III. Kompetenzerweiterung durch legislative Fakten?

- 65 Bei seinem Verständnis der Kompetenztitel läßt sich das Bundesverfassungsgericht regelmäßig auch von der „Staatspraxis“ leiten, d.h. von der kompetentiellen Sicht des Gesetzgebers selbst. So heißt es etwa im Altenpflege-Urteil von 2002:<sup>49</sup>
- „Bei der Bestimmung der einzelnen Materien, die Art.74 GG aufzählt, verdienen der Grundsatz des Art.30 GG und der historische Zusammenhang in der deutschen Gesetzgebung besondere Aufmerksamkeit; dem Merkmal des „Traditionellen“ oder „Herkömmlichen“ kommt dabei wesentliche Bedeutung zu (BVerfGE 7, 29 [44]; 28, 21 [32]; 33, 125 [152f.]). Aus diesem Grunde gewinnen Entstehungsgeschichte des Art.74 GG und *Staatspraxis* für die Auslegung besonderes Gewicht (vgl. BVerfGE 33, 125 [152]; 61, 149 [175]; 68, 319 [328]).“<sup>50</sup>
- 66 Diese – andernorts wiederholte – Redeweise könnte die Vermutung nähren, der Bund hätte es in der Hand, durch anhaltende Übergriffe in Bereiche ausschließlicher Landeszuständigkeit gewissermaßen vollendete – weil die Auslegung des usurpierten Kompetenztitels schließlich prägende – Kompetenz-Tatsachen zu schaffen. Nachdem der Entwurf eines Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes durchaus nicht der erste Schritt des

---

<sup>46</sup> So BVerfGE 88, 203 (330) zur Begrenzung des an sich durchaus „weit“ auszulegenden Begriffs der „öffentlichen Fürsorge“, Art. 74 [Abs. 1] Nr. 7 GG, durch Nr. 19. In derselben Weise diszipliniert Nr. 19 den „Gattungsbegriff“ der „Sozialversicherung“ in Nr. 12.

<sup>47</sup> BVerfGE 106, 62 (108f.).

<sup>48</sup> Vgl. nur BVerfGE 68, 319 (332): „Daraus läßt sich indessen nicht ableiten, daß dem Bund in Art. 74 Nr. 19 GG ausschließlich und abschließend [nur] die Zulassung zum ärztlichen Beruf als Teil der früheren Regelungsmaterie Gesundheitswesen zugewiesen werden sollte.“

<sup>49</sup> BVerfGE 106, 62 (105).

<sup>50</sup> Hervorhebung durch Kursivdruck nicht im Original.

Bundes zu Vereinnahmung des Landesberufsrechts unter Inanspruchnahme des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG ist, könnten, so gesehen, die vorausliegenden Usurpations-Versuche bereits ihren bleibenden Schatten auf Nr. 12 geworfen haben.

- 67 So weit würde aber wohl auch das Bundesverfassungsgericht nicht gehen wollen. Die legislative Deutung der Kompetenztitel hat ihm bisher wohl zu nicht mehr als zur Vergewisserung gedient, ob seine, des Gerichts, Sicht der Dinge auch vom „Täter“ geteilt wird und, wenn ja, dann auch deshalb nicht „aus der Welt“ sein kann. Insofern liegt es ähnlich wie beim Gewicht, das der Vor- und Entstehungsgeschichte einer Norm beigemessen wird: Sie kann das Gericht bestätigen, aber nicht widerlegen.
- 68 Alles andere würde auch dazu führen, den einfachen Gesetzgeber zum Herrn der zu seiner Disziplinierung gedachten Kompetenzordnung zu machen.
- 69 Insofern vermag die Entwicklungsgeschichte des Vertragsarztrechts, die auch eine Geschichte der mählichen Ablösung des Landesberufsrechts ist, eine Zuständigkeit, die der Bund – nach dem Bisherigen – nicht hat, nicht zu begründen.

#### **IV. Kompetenzerweiterung durch Sachzusammenhang?**

- 70 Wenn es deswegen dabei bleibt, daß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 (und erst recht Nr. 19) GG keine tragfähige Grundlage für die beabsichtigten Neuregelungen, soweit sie hier interessieren, darstellt, käme doch eine Kompetenzerweiterung dank Sachzusammenhanges in Betracht. Die Bundesregierung beruft sich auf sie in ihrer Begründung ihres Entwurfs zwar nicht. Aber das allein spricht nicht gegen sie; es belegt wohl nur die Sicherheit, in der sich die Entwurfs-Autoren (wenngleich irrig) wiegen.
- 71 Zum Sachzusammenhang heißt es etwa in der Altenpflege-Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts:<sup>51</sup>  
„Die ... Kompetenz kraft Sachzusammenhangs stützt und ergänzt eine zugewiesene Zuständigkeit nur dann, wenn die entsprechende Materie verständigerweise nicht geregelt werden kann, ohne daß zugleich eine nicht ausdrücklich zugewiesene andere Materie mitgeregelt wird, wenn also das Übergreifen unerläßliche Voraussetzung für die Regelung der zugewiesenen Materie ist (vgl. BVerfGE 3, 407 [421]; 8, 143 [149]; 12, 205 [237]; 15, 1 [20]; 26, 246 [256]; 26, 281 [300]; 97, 228 [251]; 98, 265 [299]; stRspr). Die umfassende Regelung eines den Ländern vorbehaltenen Bereichs ist dem Bund in keinem Fall eröffnet (vgl. BVerfGE 61, 149 [205]; 98, 265 [299]).  
Wann ein solch zwingender Konnex zwischen der Wahrnehmung einer ausdrücklich zugewiesenen Kompetenz des Bundes und der punktuellen Inanspruchnahme einer Landeskompetenz besteht, läßt sich nicht generell und abstrakt bestimmen. Die Frage kann vielmehr nur mit Blick auf die Besonderheiten des jeweiligen Regelungsgegenstands beantwortet werden.“
- 72 Diesen – zu Recht – strengen Anforderungen der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts an die kompetenzerweiternde Wirkung eines Sachzusammenhanges zwischen einer eigenen und einer fremden Materie genügt die Situation, die der VÄndG-Entwurf vorfindet, nicht annähernd:
- 73 Daß in unserem Falle der Übergriff auf die Landesmaterie Berufsrecht durch Aneignung und Änderung nicht „unerläßlich“ ist, ergibt sich bereits daraus, daß der Bund bisher mit durchaus weniger ausgekommen und nicht ersichtlich ist, daß sich die Lage zwischen der letzten und dieser Reform derart geändert hätte, daß es jedenfalls heute ohne Arrondierung durch Landeszuständigkeiten nicht mehr geht. Der bloße Wunsch des

---

<sup>51</sup> BVerfGE 106, 62 (114f.).



Bundes, sich von der „Kette“ des Landesberufsrechts zu lösen und das Berufsrecht selbständig zu regeln, begründet die Unerläßlichkeit naturgemäß nicht.<sup>52</sup>

- 74** Hinzu kommt, daß der Zugriff des Bundes auf das Landesrecht hier nicht im Punktuellen verharrt, sondern Dimensionen annimmt, die über das vom Bundesverfassungsgericht (unter der zuvor bejahten Voraussetzung der „Unerläßlichkeit“) zugestandenem Maß weit hinausgehen.

---

<sup>52</sup> Selbst wenn man gewisse Aufweichungen der Sachzusammenhangs-Vorstellungen beim Gericht an anderer Stelle beobachten kann. Sie dürfen hier, da nicht einschlägig, beiseite gelassen werden.

### **C. Erforderlichkeit der vorgesehenen Regelungen?**

- 75 Selbst wenn sich die Auffassung der Bundesregierung, die hier interessierenden Regelungen seien der „Sozialversicherung“ zuzuordnen, entgegen der hier vertretenen Annahme halten ließe, müßte der Bund noch die zusätzliche Hürde der „Erforderlichkeit“ im Sinne des Art. 72 Abs. 2 GG überspringen. Danach hat im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung der Bund „das Gesetzgebungsrecht, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht“.
- 76 Die Begründung des Entwurfs widmet sich dieser Frage in ihrem Allgemeinen Teil relativ ausführlich, kommt auf sie bei den einzelnen Vorschriften aber ebenso wenig zurück wie<sup>53</sup> auf die ihr vorausliegende Frage, ob Nr. 12 des Art. 74 Abs. 1 GG die betreffende Einzelregelung wirklich trage. Sie gibt dabei die vom Bundesverfassungsgericht zu Art. 72 Abs. 2 GG entwickelten Obersätze (zu ihnen sogleich unten sub I, RN 78-99) nur teilweise und verkürzt wieder (RN 18, 21) und scheitert vor allem an der Subsumtion: Es gelingt ihr (RN 19, 20, 22) nicht wirklich darzulegen, warum der neuerliche Übergriff des Bundes in das Landesberufsrecht „erforderlich“ sei (dazu unten sub II, RN 101-113). Damit genügt sie auch nicht der dem Gesetzgeber vom Bundesverfassungsgericht auferlegten Last der Darlegung, daß seine Regelung „erforderlich“ sei (dazu unten sub III, RN 114).

#### **I. Art. 72 Abs. 2 GG im Lichte der Judikatur des Bundesverfassungsgerichts**

- 77 Während die Kammer-Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, von der bereits die Rede war, (im veröffentlichten Text jedenfalls<sup>54</sup>) Art. 72 Abs. 2 GG schlicht übergeht, widmet ihm die Judikatur seit 2002 diejenige Aufmerksamkeit, die er spätestens seit der Reform von 1994 verdient. Maßgebliches hat zunächst das Altenpflege-Urteil aus dem Jahre 2002 beigesteuert.<sup>55</sup> Das von ihm entwickelte Verständnis des Art. 72 Abs. 2 GG hat sich insbesondere in den Jahren 2004 und 2005 im Bereich des Hochschulrechts<sup>56</sup>, 2005 auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung<sup>57</sup> bewähren müssen. Die drei betreffenden Entscheidungen haben gezeigt, daß Art. 72 Abs. 2 GG i.d.F. von 1994, so wie ihn das Bundesverfassungsgericht versteht, handhabbar und fair sowohl gegenüber dem Bund als auch gegenüber den berechtigten Belangen der Länder ist. Dies bestätigt sich auch im hier interessierenden Zusammenhange, freilich mit einem anderen als dem von der Bundesregierung angestrebten Ergebnis.

---

<sup>53</sup> Zu diesem ersten Manko bei der kompetentiellen Zuordnung vgl. bereits oben RN 47, 48.

<sup>54</sup> Vgl. NJW 1999, 2730 (2731).

<sup>55</sup> BVerfGE 106, 62 (135-153 [Obersätze]; 153-165 [Subsumtion]).

<sup>56</sup> 2004: BVerfGE 111, 226 (253-255) – Juniorprofessur. 2005: BVerfGE 112, 226 (243-250) – Studiengebühren; verfaßte Studierendenschaften.

<sup>57</sup> BVerfGE 113, 167 (197-199).

## 1. 2002: Die (Teil-)Erforderlichkeit des Altenpflegegesetzes

### a) Die „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse“

78 Zu dem ersten Erforderlichkeits-Kriterium, der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse, vermerkt das Altenpflege-Urteil:<sup>58</sup>

„Die Ersetzung des Begriffs der „Einheitlichkeit“ der Lebensverhältnisse durch den der „Gleichwertigkeit“ geht auf die Beratungen in der Gemeinsamen Verfassungskommission zurück, die die Änderung im Hinblick auf Maßnahmen zur Herstellung der inneren Einheit für erforderlich gehalten hat. Nach Auffassung der Mehrheit der Mitglieder der Verfassungskommission entspricht der Begriff „Gleichwertigkeit“ mehr dem föderalistischen Gedanken als die Idee der „nivellierenden Vereinheitlichung“ ... Ausdrücklich wurde klar gestellt, die neuen Länder sollten hierdurch nicht benachteiligt werden, die Änderung solle vielmehr den regionalen Besonderheiten der einzelnen Länder Rechnung tragen ...

Nach dem Willen der Gemeinsamen Verfassungskommission bedeutet „gleichwertige Lebensverhältnisse“ mithin nicht „einheitliche Lebensverhältnisse“. Der nunmehr gewählte Begriff nimmt das Niveau der kompetentiell legitimierten Vereinheitlichung vielmehr deutlich zurück ...

Das Erfordernis der „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse“ ist nicht schon dann erfüllt, wenn es nur um das Inkraftsetzen bundeseinheitlicher Regelungen geht. Dem Bundesgesetzgeber ist ein Eingreifen auch dann nicht erlaubt, wenn lediglich eine Verbesserung der Lebensverhältnisse in Rede steht. Dies folgt nicht nur aus dem Wortlaut der Norm, sondern auch, in systematischer Auslegung, aus einem Vergleich mit Art. 91 a Abs. 1 GG. Dort ist die Mitwirkung des Bundes bei der Erfüllung von Aufgaben der Länder gestattet, wenn dies „zur Verbesserung der Lebensverhältnisse erforderlich ist“. Es ist kein Grund ersichtlich, der den Verfassungsgeber dazu hätte veranlassen können, sich bei der Kompetenznorm für eine andere Wortwahl zu entscheiden, wenn er in der Sache dasselbe gemeint hätte wie in Art.91 a GG. Der Zweck des Art.72 Abs. 2 GG, die Bundeskompetenzen einzuschränken, würde zudem an Kraft verlieren, wäre es dem Bund erlaubt, irgendwelche Verbesserungen, die immer möglich und wünschenswert sind, ohne Weiteres zum Anlaß für einen Eingriff in das grundsätzlich bestehende Gesetzgebungsrecht der Länder zu nehmen.

Das bundesstaatliche Rechtsgut gleichwertiger Lebensverhältnisse ist vielmehr erst dann bedroht und der Bund erst dann zum Eingreifen ermächtigt, wenn sich die Lebensverhältnisse in den Ländern der Bundesrepublik in erheblicher, das bundesstaatliche Sozialgefüge beeinträchtigender Weise auseinander entwickelt haben oder sich eine derartige Entwicklung konkret abzeichnet.“

### b) Die „Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse“

79 Zur Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse heißt es alsdann u.a.:<sup>59</sup>

„Die Auslegung der ersten Zielvorgabe des Art.72 Abs. 2 GG legt zugleich den Grund für die Konkretisierung der anderen Ziele, auf die sich das Erforderlichkeitskriterium bezieht: Die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit betrifft unmittelbar institutionelle Voraussetzungen des Bundesstaats und erst mittelbar die Lebensverhältnisse der Bürger. Weder die Zielvorgaben der Rechts- oder Wirtschaftseinheit noch das Tatbestandsmerkmal des gesamtstaatlichen Interesses ... geben dem Bundesgesetzgeber die Erlaubnis, ausschließlich zur Verfolgung von sonstigen Gemeinwohlinteressen oder auch nur mit dem allgemeinen Ziel einer Verbesserung der Lebensverhältnisse tätig zu werden.

80 aa) Da es bei Art.72 Abs. 2 GG in aller Regel um den Erlaß eines rechtsvereinheitlichenden Bundesgesetzes geht, kann das Tatbestandsmerkmal „Wahrung der **Rechtseinheit**“ in Art.72 Abs. 2 GG nicht so verstanden werden, dass die Setzung bundeseinheitlichen Rechts stets erforderlich wäre. Unterschiedliche Rechtslagen für die Bürger sind notwendige Folge des bundesstaatlichen Aufbaus. Das Grundgesetz lässt unterschiedliche rechtliche Ordnungen in den Gliedstaaten zu und begrenzt insoweit auch eine Berufung auf Art.3 Abs. 1 GG (vgl. BVerfGE 10, 354 [371]; 12, 139 [143]). Eine Unterschiedlichkeit von Regelungen in den Ländern allein kann deshalb ein gesamtstaatliches Interesse an einer bundesgesetzlichen Regelung nicht begründen.

81 Eine Gesetzesvielfalt auf Länderebene erfüllt die Voraussetzungen des Art. 72 Abs. 2 GG erst dann, wenn sie eine Rechtszersplitterung mit problematischen Folgen darstellt, die im Interesse sowohl des Bundes als auch der Länder nicht hingenommen werden kann. Gerade die Unterschiedlichkeit des Gesetzesrechts oder

---

<sup>58</sup> BVerfGE 106, 62 (144f.).

<sup>59</sup> BVerfGE 106, 62 (145-148).

der Umstand, dass die Länder eine regelungsbedürftige Materie nicht regeln, müssen das gesamtstaatliche Rechtsgut der Rechtseinheit, verstanden als Erhaltung einer funktionsfähigen Rechtsgemeinschaft, bedrohen. So würden beispielsweise unterschiedliche Personenstandsregelungen in den Ländern verhindern, dass die Eheschließung oder die Scheidung überall in Deutschland gleichermaßen rechtlich anerkannt und behandelt werden. Gäbe es in den Ländern grundlegend unterschiedliche Regelungen für das Gerichtsverfassungsrecht, könnten der Einzelne oder überregional agierende Unternehmen nicht darauf vertrauen, in allen Ländern in gleicher Weise Rechtsschutz zu erlangen. Ein unterschiedliches Verfahrensrecht erschwerte die Rechtswege zu den Bundesgerichten.

- 82 Auf allen in Art.74 und Art.75 GG genannten Gebieten lässt das Grundgesetz eine Rechtsvielfalt prinzipiell zu. Einheitliche Rechtsregeln können in diesen Bereichen aber erforderlich werden, wenn die unterschiedliche rechtliche Behandlung desselben Lebenssachverhalts unter Umständen erhebliche Rechtsunsicherheiten und damit unzumutbare Behinderungen für den länderübergreifenden Rechtsverkehr erzeugen kann. Um dieser sich unmittelbar aus der Rechtslage ergebenden Bedrohung von Rechtssicherheit und Freizügigkeit im Bundesstaat entgegen zu wirken, kann der Bund eine bundesgesetzlich einheitliche Lösung wählen (eine Verpflichtung dazu enthält Art.72 Abs. 2 GG nicht).
- 83 bb) Die „Wahrung der **Wirtschaftseinheit**“ liegt im gesamtstaatlichen Interesse, wenn es um die Erhaltung der Funktionsfähigkeit des Wirtschaftsraums der Bundesrepublik durch bundeseinheitliche Rechtssetzung geht. „Wirtschaftseinheit“ setzt also mehr voraus als die Schaffung von „Rechtseinheit“. Die beiden Zielvorgaben werden allerdings häufig eine Schnittmenge haben, da viele der in Art.74 Abs. 1 und Art.75 Abs. 1 GG aufgeführten Bereiche einen mittelbaren wirtschaftlichen Bezug aufweisen und sich Wirtschaftseinheit typischerweise über die Vereinheitlichung von Rechtslagen herstellen kann. Gleichwohl haben beide Zielvorgaben unterschiedliche Schwerpunkte. Geht es in erster Linie um wirtschaftspolitisch bedrohliche oder unzumutbare Auswirkungen einer Rechtsvielfalt oder mangelnder länderrechtlicher Regelung, greift die dritte Zielvorgabe des Art.72 Abs. 2 GG ein.
- 84 Wirtschaftliche Lagen vermögen die Länder grundsätzlich ebenso zu regulieren wie der Bund. Unterschiedliche landesrechtliche Regelungen können jedoch Schranken oder Hindernisse für den wirtschaftlichen Verkehr im Bundesgebiet errichten und insbesondere die Verteilung des wirtschaftlichen (personellen und sachlichen) Potentials verzerren; auch tatsächliche Verschiedenheiten zwischen den Ländern können der Gesamtwirtschaft in erheblichem Umfang abträglich sein. Der Erlass von Bundesgesetzen zur Wahrung der Wirtschaftseinheit steht dann im gesamtstaatlichen, also im gemeinsamen Interesse von Bund und Ländern, wenn Landesregelungen oder das Untätigbleiben der Länder erhebliche Nachteile für die Gesamtwirtschaft mit sich bringen.“

c) „... wenn und soweit ... erforderlich ...“

- 85 Schließlich klärt das Gericht über den Sinn der Wörter „wenn und soweit eine bundesgesetzliche Regelung ... erforderlich ist“, die zu einer Gesamtschau der Regelung („wenn“) und zu einer Detailbetrachtung („soweit“) auffordern. Danach mag sich eine bundesgesetzliche Regelung im Großen und Ganzen – nach ihrem Ziel und ihrer Wirkung – als erforderlich darstellen; gleichwohl kann sie dabei das nach Art. 72 Abs. 2 GG zulässige Ausmaß des Erforderlichen mit der Folge überschreiten, daß Einzelvorschriften verfassungswidrig sind.

„aa) Bezieht sich der erste Prüfungsschritt auf die Frage, ob eine Regelung des Bundesgesetzgebers zum Schutz der in Art. 72 Abs. 2 GG genannten Rechtsgüter zulässig ist („wenn ... erforderlich“), so ist im zweiten Schritt das Ausmaß der Eingriffsbefugnis („soweit ... erforderlich“) festzustellen.

- 86 Im Kompetenzgefüge des Grundgesetzes gebührt bei gleicher Eignung von Regelungen zur Erfüllung der grundgesetzlichen Zielvorgaben grundsätzlich den Ländern der Vorrang (Art. 30 und Art. 70 GG). Art. 72 Abs. 2 GG trägt dem – mit dem Kriterium der Erforderlichkeit bundesgesetzlicher Regelung – Rechnung und verweist den Bund damit auf den geringst möglichen Eingriff in das Gesetzgebungsrecht der Länder. „Erforderlich“ ist die bundesgesetzliche Regelung danach nur soweit, als ohne sie die vom Gesetzgeber für sein Tätigwerden im konkret zu regelnden Bereich in Anspruch genommene Zielvorgabe des Art. 72 Abs. 2 GG, also die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse oder die im gesamtstaatlichen Interesse stehende Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit, nicht oder nicht hinlänglich erreicht werden kann. Dabei muß dem Gesetzgeber eine Prärogative für Konzept und Ausgestaltung des Gesetzes verbleiben. Wenn er ein Konzept gewählt hat, das sowohl die Hürde des Art. 74 Abs. 1 GG genommen hat als auch zum Schutz

der Rechtsgüter des Art. 72 Abs. 2 GG nach Ziel und Wirkung erforderlich ist, können Teile des Konzepts nur dann als zu regelungsintensiv herausgenommen werden, wenn das Gesamtkonzept, und damit die Wirkung des Gesetzes, ohne sie nicht gefährdet wird.

- 87 bb) Eine Bundeskompetenz besteht nicht, wenn landesrechtliche Regelungen zum Schutz der in Art. 72 Abs. 2 GG genannten gesamtstaatlichen Rechtsgüter ausreichen; dabei genügt allerdings nicht jede theoretische Handlungsmöglichkeit der Länder. Insbesondere schließt die bloße Möglichkeit gleich lautender Ländergesetze eine Bundeskompetenz nicht aus. Andernfalls wäre, da diese Möglichkeit theoretisch immer besteht, die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes gegenstandslos. Die Vorschrift will nicht bundeseinheitliche Bundes- von bundeseinheitlicher Ländergesetzgebung abgrenzen. Sinn der föderalen Verfassungssystematik ist es, den Ländern eigenständige Kompetenzräume für partikular-differenzierte Regelungen zu eröffnen ...“

## **2. 2004, 2005: Die Nichterforderlichkeit hochschulrahmenrechtlicher Vorschriften**

- 88 Die beiden hochschulrechtlichen Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts aus den Jahren 2004 und 2005 bestätigen und präzisieren die 2002 entwickelte Deutung des Art. 72 Abs. 2 GG und wenden sie erstmals im Rahmen des Art. 75 GG an. Da das Gericht zu Recht betont, daß Art. 72 Abs. 2 GG in diesem Zusammenhang nicht anders zu lesen ist als im Bereich des Art. 74 Abs. 1 GG,<sup>60</sup> sind die Lehren aus den beiden Entscheidungen ohne weiteres auch im hier interessierenden Zusammenhang, in dem es um Art. 74 Abs. 1 GG, nicht um Art. 75 Abs. 1 Satz 1 GG, geht, einschlägig.

### **a) BVerfGE 111, 226**

- 89 In enger, z.T. wörtlicher Anlehnung an die Ausführungen des Altenpflege-Urteils<sup>61</sup> umschreibt die Entscheidung von 2004 die Anforderungen des Art. 72 Abs. 2 GG:

„Das Erfordernis der ‚Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse‘ ist nicht schon dann erfüllt, wenn es lediglich um das Inkraftsetzen bundeseinheitlicher Regelungen oder um eine Verbesserung der Lebensverhältnisse geht. Das bundesstaatliche Rechtsgut gleichwertiger Lebensverhältnisse ist vielmehr erst dann bedroht und der Bund erst dann zum Eingreifen ermächtigt, wenn sich die Lebensverhältnisse in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland in erheblicher, das bundesstaatliche Sozialgefüge beeinträchtigender Weise auseinander entwickelt haben oder sich eine derartige Entwicklung konkret abzeichnet (vgl. BVerfGE 106, 62 [144]).<sup>62</sup> ...

- 90 Das Tatbestandsmerkmal ‚Wahrung der Rechtseinheit‘ kann nicht so verstanden werden, dass die Setzung bundeseinheitlichen Rechts stets erforderlich wäre. Unterschiedliche Rechtslagen für die Bürger sind notwendige Folge des bundesstaatlichen Aufbaus. Auf allen in Art.74 und Art.75 GG genannten Gebieten lässt das Grundgesetz eine Rechtsvielfalt prinzipiell zu. Einheitliche Rechtsregeln können in diesen Bereichen aber erforderlich werden, wenn eine unterschiedliche rechtliche Behandlung desselben Lebenssachverhalts unter Umständen erhebliche Rechtsunsicherheiten und damit unzumutbare Behinderungen für den länderübergreifenden Rechtsverkehr erzeugen kann. Um dieser sich unmittelbar aus der Rechtslage ergebenden Bedrohung von Rechtssicherheit und Freizügigkeit im Bundesstaat entgegen zu wirken, kann der Bund eine bundesgesetzlich einheitliche Lösung wählen (vgl. BVerfGE 106, 62 [146]).<sup>63</sup> ...
- 91 Die ‚Wahrung der Wirtschaftseinheit‘ berechtigt den Bund im gesamtstaatlichen Interesse dann zur Gesetzgebung, wenn es um die Erhaltung der Funktionsfähigkeit des Wirtschaftsraums der Bundesrepublik Deutschland durch einheitliche Rechtssetzung geht (vgl. BVerfGE 106, 62 [146f.]). Dies ist allerdings nicht schon dann der Fall, wenn die Länder eine sachlich nicht optimale Regelung wählen.<sup>64</sup> ...

---

<sup>60</sup> BVerfGE 111, 226 (252f.). Der Sache nach ebenso BVerfGE 112, 226 (243-250).

<sup>61</sup> Die in manchen Passagen ausführlicher sind, wohl auch sein mußten, weil sie sich *erstmalig* ernsthaft dem Art. 72 Abs. 2 GG zuwandten.

<sup>62</sup> BVerfGE 111, 226 (250).

<sup>63</sup> BVerfGE 111, 226 (253f.).

<sup>64</sup> BVerfGE 111, 226 (254).

- 92 Eine Bundeskompetenz besteht nicht, wenn landesrechtliche Regelungen zum Schutz der in Art.72 Abs.2 GG genannten gesamtstaatlichen Rechtsgüter ausreichen; dabei genügt allerdings nicht jede theoretische Handlungsmöglichkeit der Länder. Vor allem schließt die bloße Möglichkeit gleich lautender Ländergesetze eine Bundeskompetenz nicht aus. Andernfalls wäre, da diese Möglichkeit – zumindest theoretisch – immer besteht, die Gesetzgebungskompetenz des Bundes gegenstandslos. Die Vorschrift will nicht bundeseinheitliche Bundes- von bundeseinheitlicher Ländergesetzgebung abgrenzen. Sinn der föderalen Verfassungssystematik ist es, den Ländern eigenständige Kompetenzräume für partikulardifferenzierte Regelungen zu eröffnen (vgl. BVerfGE 106, 62 [150] m.w.N.). Das Verdikt der Verfassungswidrigkeit hängt allerdings davon ab, dass das Gesetz auf einer fehlerhaften Tatsachenfeststellung des Gesetzgebers beruht, dass also nicht etwa andere, zutreffende Erwägungen zu seiner Begründung herangezogen werden können (BVerfG, a.a.O., S.150).<sup>65</sup>
- 93 Alle diese Erwägungen führten dazu, die verfahrensgegenständliche Regelung der Juniorprofessur (auch) an Art. 72 Abs. 2 GG scheitern zu lassen.<sup>66</sup>

**b) BVerfGE 112, 226**

- 94 Auch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu der bundesgesetzlichen Regelung der Studiengebühren und der verfaßten Studierendenschaften sah die Anforderungen des Art. 72 Abs. 2 GG in concreto als nicht erfüllt an.<sup>67</sup> Die Obersätze wurden dabei als bekannt und durch die vorausgegangenen Entscheidungen hinreichend konturiert vorausgesetzt. Z.T. bewendet es bei einem Hinweis auf die einschlägigen Passagen des Altenpflege-Urteils. Z. T. wird die bekannte Definition knapp wiederholt, so hinsichtlich der „gleichwertigen Lebensverhältnisse“<sup>68</sup>

„Zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse ist eine bundesgesetzliche Regelung erst dann erforderlich, wenn sich die Lebensverhältnisse in den Ländern der Bundesrepublik in erheblicher, das bundesstaatliche Sozialgefüge beeinträchtigender Weise auseinander entwickelt haben oder sich eine derartige Entwicklung konkret abzeichnet (vgl. BVerfGE 106, 62 [144]).“

und hinsichtlich der „Wirtschaftseinheit“<sup>69</sup>

„Die Wahrung der Wirtschaftseinheit im Sinne von Art.72 Abs.2 GG liegt im gesamtstaatlichen Interesse, wenn es um die Erhaltung der Funktionsfähigkeit des Wirtschaftsraums der Bundesrepublik durch bundeseinheitliche Rechtsetzung geht, wenn also Landesregelungen oder das Untätigbleiben der Länder erhebliche Nachteile für die Gesamtwirtschaft mit sich brächten (vgl. BVerfGE 106, 62 [146f.]).“

**3. 2005: Die Erforderlichkeit des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung**

- 95 Der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem vergangenen Jahr verdanken wir zwar keine Weiterentwicklung der Obersätze zu Art. 72 Abs. 2 GG, wohl aber deren instruktive Anwendung auf einen Bereich, der dem hier interessierenden nicht ganz ferne liegt. Dort<sup>70</sup> heißt es u.a.:

---

<sup>65</sup> BVerfGE 111, 226 (254).

<sup>66</sup> BVerfGE 111, 226 (265-268).

<sup>67</sup> BVerfGE 112, 226 (244-248, 251f. – zu den Lebensverhältnissen; 249f. – zur Wirtschaftseinheit; 250 – zur Rechtseinheit).

<sup>68</sup> BVerfGE 112, 226 (244, 252).

<sup>69</sup> BVerfGE 112, 226 (248f.).

<sup>70</sup> BVerfGE 113, 167 (197-199).

- 96 „Eine bundesgesetzliche Regelung des Risikostrukturausgleichs war erforderlich im Sinne des Art. 72 Abs. 2 GG.

Der Bund hat im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung das Gesetzgebungsrecht, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht. Das Gesetzgebungsrecht des Bundes ist danach vom Ergebnis einer doppelten Erforderlichkeitsprüfung abhängig, die zwischen der grundsätzlichen Regelungsbefugnis – wenn – und dem zulässigen Ausmaß bundesgesetzlicher Regelungen – soweit – unterscheidet. Entsprechend dieser Differenzierung sind die Gegenstände der jeweiligen Prüfung nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts verschieden. Die erste Prüfung zielt nicht auf die einzelnen unselbständigen Teile eines gesetzlichen Regelungswerks, sondern zunächst ist das Gesamtkonzept als solcher Prüfungsgegenstand. Hat der Bundesgesetzgeber auf einem ihm kompetentiell vom Grundgesetz gemäß Art. 74 Abs. 1 GG zugewiesenen Gebiet ein umfassendes Regelungskonzept entwickelt, das zum Schutz der Rechtsgüter des Art. 72 Abs. 2 GG nach Ziel und Wirkung erforderlich ist, können einzelne Teile dieses Regelungskonzepts mit dem zweiten Prüfungsschritt nur dann gemäß Art. 72 Abs. 2 GG („soweit“) als zu regelungsintensiv herausgenommen werden, wenn das Gesamtkonzept und damit die Wirkung des Gesetzes ohne sie nicht gefährdet wird (vgl. BVerfGE 106, 62 [149f.]).

- 97 Nach diesen Maßstäben hatte der Bund nicht nur gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr.12 GG in Verbindung mit Art. 72 Abs. 2 GG das Gesetzgebungsrecht für die gesetzliche Krankenversicherung. Der Bund konnte auch die gesetzlichen Grundlagen des Risikostrukturausgleichs selbst erlassen, weil es sich hierbei lediglich um unselbständige Bestandteile des umfassend bundesrechtlich im Sozialgesetzbuch V geregelten Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung handelt. Diese konnten ohne Gefährdung der gesetzlichen Gesamtkonzeption nicht abgetrennt und den Ländern zu eigenständiger Regelung überlassen werden.

- 98 Die bundesgesetzliche Regelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung war zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse und zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit erforderlich (zu den Anforderungen im Einzelnen BVerfGE 106, 62 [135f., 143ff.]; 111, 226 [252ff.]). Die bundesweite Funktionsfähigkeit der Sozialversicherung hat elementare Bedeutung für die Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland. Eine in allen Landesteilen gleich funktionsfähige Sozialversicherung ist auf der Basis unterschiedlicher Landesgesetze praktisch kaum denkbar, so dass die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse entscheidend von einer bundesgesetzlichen Regelung abhängt. Nicht zuletzt die gleichheitsrechtlich gebotene bundesweite Angleichung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. BVerfGE 89, 365 [375ff.]) lässt sich mit unterschiedlichen landesrechtlichen Regelungen nicht erreichen. Divergierendes Landesrecht könnte auch die Mobilität der Versicherten innerhalb des Bundesgebiets einschränken und für die abführungspflichtigen Unternehmen Handlungsbeschränkungen verursachen, so dass der Bund auch zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit des Wirtschaftsraums der Bundesrepublik Deutschland bundeseinheitliches Recht setzen durfte.

- 99 Der Risikostrukturausgleich ist ein integraler Bestandteil der vom Bundesgesetzgeber im Sozialgesetzbuch V einheitlich normierten und aufeinander abgestimmten Leistungs-, Mitgliedschafts- und Organisationsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Einzelne Teile hieraus zugunsten divergierender Normierungen durch die Länder herauszubrechen, würde die Tragfähigkeit der Gesamtkonstruktion gefährden. Dies gilt gerade auch für den von §§ 266, 267 SGB V geregelten Teilbereich des Organisations- und Finanzrechts der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Gesetzgeber hat dem Risikostrukturausgleich die Aufgabe zugeordnet, den mit der Einführung des Rechts der freien Kassenwahl etablierten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sozial zu flankieren, indem vor allem der Vorteil der Zusammenballung guter Risiken ausgeglichen, hierdurch der Wettbewerb um die guten Risiken unter den Versicherten unattraktiv gemacht und auch im Übrigen für alle Kassen annähernd gleiche Wettbewerbsbedingungen hergestellt werden. Unvereinbar mit der gesetzgeberischen Konzeption eines bundesweiten Wettbewerbs um die bundesweit wahlberechtigten Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung wären sozialrechtliche Regelungen einzelner Länder, die jeweils für sich über das Ob und das Wie eines kassenübergreifenden Finanzausgleichs zwischen den auf ihrem Staatsgebiet tätigen Krankenkassen entscheiden.“

## II. Fehlende Erforderlichkeit der Verdrängung des Landesberufsrechts

- 100 Nach diesen dank der konturierenden Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gefestigten Maßstäben, die Art. 72 Abs. 2 GG an eine bundesgesetzliche Regelung im Ganzen und im Detail anlegt, sind die hier interessierenden Regelungen des Entwurfs *nicht* im Sinne des Art. 72 Abs. 2 erforderlich, auch denn die

Bundesregierung (RN 19) vorsorglich, freilich nur verbal, alle drei Varianten der Erforderlichkeit zugunsten ihres Entwurfs ins Feld führt:

**1. Erforderlich zur „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse“?**

- 101** Die Entwurfsbegründung behauptet zwar (RN 19), die vorgesehenen Regelungen seien auch zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse erforderlich, aber sie vermeidet – offenbar vorsichtshalber –, die Definition, die das Bundesverfassungsgericht dieser ersten Variante der Erforderlichkeit gegeben hat, mitzuteilen. Allzu offensichtlich wäre dann wohl geworden, daß eine Subsumtion unter diesen Obersatz mißlungen *muß*.
- 102** Nach den oben berichteten Maßstäben des Bundesverfassungsgerichts müssen sich „die Lebensverhältnisse in den Ländern der Bundesrepublik in erheblicher, das bundesstaatliche Sozialgefüge beeinträchtigender Weise auseinander entwickelt haben oder sich eine derartige Entwicklung konkret“ abzeichnen.
- 103** Von einer derartigen Auseinanderentwicklung ist nichts zu sehen und nichts vorauszusehen. Dies gilt jedenfalls hinsichtlich der Themen der hier interessierenden Regelungen des Entwurfs. Die Länder und ihre Kammern haben das Berufsrecht der Ärzte maßvoll weiter entwickelt. Nichts davon ist geeignet, das „bundesstaatliche Sozialgefüge“ in irgendeiner Weise zu bedrohen, speziell zu zersplittern. Soweit die Kammerregelungen in einzelnen Punkten von einander abweichen, sind diese zwar – vor allem aus der Sicht der Kammern, die insoweit der Muster-Berufsordnung nicht folgen – gewichtig, aber sie bedrohen vor allem aus drei Gründen nicht die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse: Erstens und konkret stimmen die Landesregelungen nach wie vor in weiten Bereichen miteinander überein. Das freiwillig bundeseinheitliche Berufsrecht überwiegt nach wie vor. Zweitens hat die Bundesregierung nicht dargetan und ist auch nicht ersichtlich, daß die Divergenzen überhaupt geeignet sind, zu einer Ungleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in den Länder (oder auch in den Kammerbezirken) beizutragen. Das Vertragsarztrecht, um das es dem Bunde geht, gerät durch diese Divergenzen nicht ins Wanken. Drittens muß daran erinnert werden, daß die erste Variante des Art. 72 Abs. 2 GG dem Bund nicht erlaubt einzugreifen, „wenn lediglich eine Verbesserung der Lebensverhältnisse in Rede steht“.<sup>71</sup> Selbst wenn es denkbar wäre, daß die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte dank der Divergenzen in Teilen des zugrunde liegenden Landesberufsrechts hier und da anders ausfallen, sie sich also so oder anders auf das Vertragsarztrecht auswirken, ist nicht zu sehen, wie dies die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse – sei es der Vertragsärzte, sei es der Versicherten, sei es anderer Beteiligter – erheblich bedrohen könnte.
- 104** Insofern *kann* der Entwurf in seinen hier interessierenden, das Landesberufsrecht übernehmenden und nivellierenden Teilen nicht im Sinne der ersten Variante des Art. 72 Abs. 2 GG erforderlich sein. Und was von der gegenwärtigen Situation gilt, trifft auch für die Zukunft zu: Es gibt keine Anhaltspunkte, daß eine – auf divergierendes oder nicht hinreichend liberalisiertes Landesberufsrecht zurückführbare – Ungleichwertigkeit der Lebensverhältnisse *droht*.
- 105** Der eine Satz der Regierungsbegründung, eine in allen Landesteilen gleich funktionsfähige Sozialversicherung sei „auf der Basis unterschiedlicher Ländergesetze praktisch kaum denkbar, so daß die Gleichwertig-

---

<sup>71</sup> BVerfGE 106, 62 (144).



keit der Lebensverhältnisse von einer bundesgesetzlichen Regelung abhängen (RN 19 am Ende), ist nicht dazu angetan, vom Gegenteil zu überzeugen. Die Bundesregierung hat an keiner Stelle das Ausmaß der Divergenzen<sup>72</sup>, geschweige denn das Gewicht ihrer Auswirkungen auf das Vertragsarztrecht, auch nur andeutungsweise dargetan. Und wenn sie etwas für „praktisch kaum denkbar“ hält, ersetzt dies nicht die vom Bundesverfassungsgericht im Rahmen des Art. 72 Abs. 2 GG geforderte nachvollziehbare Prognose.

## **2. Erforderlich zur „Wahrung der Rechtseinheit im gesamtstaatlichen Interesse“?**

**106** Hier gibt die Regierungsbegründung (RN 18) zwar wörtlich (wenngleich ohne Anführungszeichen und Nachweis) immerhin einen Satz aus der der „Rechtseinheit“ gewidmeten Passage des Altenpflege-Urteils<sup>73</sup> wieder. Aber es fehlt jeder Ansatz zu einer Subsumtion. Woraus könnten sich denn die vom Bundesverfassungsgericht vorausgesetzten „erheblichen Rechtsunsicherheiten“ ergeben, woraus „damit unzumutbare Behinderungen für den länderübergreifenden Rechtsverkehr“? Weder von jenen noch von diesen kann die Rede sein, und wohl auch deswegen verzichtet auch die Bundesregierung in ihrer Begründung darauf, von ihnen näher und konkret zu reden.

**107** Was die hier interessierenden, das Landesberufsrecht betreffenden Regelungen des Entwurfs anlangt, gilt dies auch und in besonderem Maße deshalb, weil jeder Anhalt dafür fehlt, daß die gewisse Verknüpfung von Landesberufsrecht und Vertragsarztrecht *in der Vergangenheit* die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung (oder gar der Sozialversicherung schlechthin) beeinträchtigt hätte. Der schiere – wie auch immer motivierte – Wunsch des Bundes, diese Verknüpfung zu lösen, erlaubt oder erzwingt jedenfalls nicht die Prognose, zukünftig stünden das Landesrecht und seine (denkbare) Vielfalt der Funktionsfähigkeit des Vertragsarztrechts in irgendeiner relevanten Weise entgegen, so daß die Rechtseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Vereinheitlichung erfordern könnte.

## **3. Erforderlich zur „Wahrung der Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse“?**

**108** Schließlich bemüht die Bundesregierung auch die dritte Variante des Art. 72 Abs. 2 GG als Kronzeugen der Erforderlichkeit ihres Entwurfs und bedient sich dazu auch hier (RN 18) *eines* (wiederum als Zitat nicht kenntlich gemachten) Satzes<sup>74</sup> aus der längeren Darstellung<sup>75</sup> des Altenpflege-Urteils. Der anschließende Versuch, die Situation unter diesen Satz zu subsumieren (RN 20) fällt dann etwas gesprächiger als das Bisherige aus, aber es bleibt doch auch hier bei leerformelartigen, durch nichts belegten und nur verbal an Formulierungen des Gerichts angelehnten Behauptungen:

**109** Daß die bundesweite Regelung „gleichheitsrechtlich geboten“ sei – ein Argument, mit dem, würde es gelten, *jede* Rechtsvielfalt ausgehebelt und der Bundesstaat ad absurdum geführt werden könnte –, wird weder erläutert noch begründet. Im übrigen: Daß sich eine bundesweite<sup>76</sup> Regelung nicht mit „unterschiedlichen

---

<sup>72</sup> Übrigens wohl weniger der Ländergesetze als der Kammersatzungen.

<sup>73</sup> BVerfGE 106, 62 (146) aus BVerfGE 102, 62 (145f.).

<sup>74</sup> BVerfGE 106, 62 (146).

<sup>75</sup> BVerfGE 106, 62 (146-148).

<sup>76</sup> Gemeint ist wohl *bundeseinheitliche*.

landesrechtlichen Regelungen“ erreichen läßt, wird niemand bestreiten wollen, aber es besagt nichts dafür, daß jener die Präferenz gegenüber diesen gegeben werden dürfte oder gar müßte.

**110** Inwiefern, ist weiter zu fragen, würde divergierendes Landesrecht die Möglichkeit der Vertragsärzte aller Länder, im gesamten Bundesgebiet praktizieren zu können, erschweren? Welche Divergenzen hätten denn diese Wirkung? Wo überall bestehen sie? Was daran ist neu, und was daran gefährdet die „Funktionsfähigkeit des Wirtschaftsraumes“ Deutschland? Schon das Altenpflege-Urteil ist in dem von ihm entschiedenen Fall mit diesem, vom Gericht selbst eingesetzten Kriterium relativ großzügig umgegangen,<sup>77</sup> aber es hat sich doch um konkrete und detaillierte Begründung bemüht; davon kann, was die Regierungsbegründung anlangt, nicht im Ansatz die Rede sein.

**111** Fast frivol mutet denn auch der sich anschließende Zusatz (RN 20) an, divergierendes Landesrecht „könnte auch die Mobilität der Versicherten ... einschränken und für die Unternehmen Handlungsbeschränkungen verursachen“. Er bleibt, wie alles andere, unerläutert und damit reine Behauptung. Das wirkliche Ausmaß der Divergenz und ihr Gewicht für das Vertragsarztrecht bleiben dabei auch hier unerörtert.

#### **4. „... wenn und insoweit ... erforderlich ...“?**

**112** Schließlich greift die Regierungsbegründung (RN 21, 22) die vom Bundesverfassungsgericht zu Recht dem Text des Art. 72 Abs. 2 GG entnommene Unterscheidung des „Ob überhaupt“ und des „Wenn ja, in welchem Umfang“<sup>78</sup> auf und meint (RN 22) ohne Begründung und formelhaft, das „Herausbrechen“ einzelner Teile, insbesondere des Rechts der vertragsärztlichen Berufsausübung, würde das Regelungskonzept des Gesetzgebers und dessen Sachgerechtigkeit gefährden. Wenn es zutrifft, daß der Entwurf „in der Folge der durch die neuen (Muster-) Berufsordnungen geschaffenen Spielräume für die Berufsausübung der niedergelassenen Ärzte ... das Vertragsarztrecht ... mit gleicher Zielrichtung“ fortentwickelte (RN 22), deutet dies doch – wie die bisherige Rechtslage zeigt, die sich offenbar weithin mit dem Verweis auf Landesberufsrecht begnügen konnte, ohne dieses und jenes in Gefahr zu bringen – auf eine grundsätzliche Übereinstimmung des Bundes mit der Entwicklung des Landesrechts. Warum war es dann „erforderlich“, es „insoweit“ nicht bei der jetzt noch geltenden Rechtslage zu belassen? In Wahrheit geht es darum, daß die „Liberalisierung“ des Berufsrechts der Bundesregierung offenbar nicht weit genug geht, so daß sie jedenfalls für das Vertragsarztrecht die Sache selbst in die Hand nehmen und gehörig vorantreiben will; die Gefahr der Vielfalt ist ein Nebenschauplatz. Aber, wie schon öfter betont, begründet der rechtspolitische Wunsch keine Zuständigkeit; dazu bedürfte es einer gehörigen Verfassungsänderung – an die nicht einmal die aktuelle Föderalismusreform gedacht hat.

**113** Die (in RN 101-111) vorangegangene Durchsicht der drei Varianten und der dazugehörigen Argumente der Bundesregierung hat die Unterscheidung zwischen dem „Wenn“ und dem „Insoweit“ stets berücksichtigt

---

<sup>77</sup> Freilich mit einer speziellen, aus der Entstehungsgeschichte des neuen Art. 72 Abs. 2 GG abgeleiteten Argumentation, die im hier interessierenden Kontext nicht greift (und von der Bundesregierung denn auch zu Recht gar nicht erst bemüht wird).

<sup>78</sup> Vgl. BVerfGE 106, 62 (149f.).

und darzulegen versucht, daß Anhaltspunkte für die Unentbehrlichkeit der bundesrechtlichen Aneignung des Landesberufsrechts, wie sie der Entwurf vorsieht, nicht ersichtlich sind. Dem ist nichts hinzuzufügen.

### **III. Fehlende Nachvollziehbarkeit der Prognose des Bundes und mangelhafte Darlegung ihrer Grundlagen**

**114** Die Analyse (RN 101-113) der insgesamt knappen und vage gehaltenen Ausführungen der Bundesregierung (RN 16-22) zur Erforderlichkeit ihres Entwurfs im Sinne des Art. 72 Abs. 2 GG hat keinen Aufschluß darüber erbracht, auf welche tatsächlichen und objektiv zugänglichen Grundlagen sich ihre Prognose stützt, die Neuregelung sei „erforderlich“. Zwar kommt dem Bundesgesetzgeber insoweit nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts eine „Einschätzungsprognose“ zu. Dies ändert aber nichts daran, daß das Gericht im Streitfall die Prognose umfänglich überprüfen kann und muß, und ebenso wenig daran, daß den Bundesgesetzgeber die Last der Darlegung trifft, daß seine Einschätzung auf nachvollziehbaren Tatsachen und Annahmen beruht.<sup>79</sup> Dieser Darlegungslast ist der Gesetzgeber – jedenfalls bislang, also in Gestalt der das Verfahren initiiierenden Bundesregierung – nicht nachgekommen; die Regierungsbegründung begnügt sich statt dessen mit einem Cocktail von Halbdefinitionen und Behauptungen. Dieses Versäumnis allein bewirkt – wenn es nicht nachträglich geheilt wird (was angesichts des objektiven Befundes der Nichterforderlichkeit der Neuregelung kaum möglich erscheint) – die Verfassungswidrigkeit der hier interessierenden Teile des Entwurfs.<sup>80</sup>

---

<sup>79</sup> BVerfGE 106, 62 (150-153).

<sup>80</sup> Diese prozedurale Strenge des Bundesverfassungsgerichts entspricht einer allgemeineren aktuellen Tendenz der Verfassungsgerichte, ein Verfassungsverfahren zu entwickeln und den Gesetzgeber an ihm mit Sanktionsfolgen zu binden. Vgl. dazu – zunächst im mecklenburg-vorpommerschen Kontext *Pestalozza*, Vom hohen Rang des Verfassungsverfahrensrechts, NJ 2006, 1.

## D. Anforderungen der Bundestreue

115 Selbst wenn man – entgegen den Ausführungen sub B und C – die Zuständigkeit des Bundes für die vorgesehenen Regelungen unterstellt, könnten sie, soweit sie in Konflikt mit dem Berufsrecht der Länder geraten, keinen Bestand haben.

### I. Rücksichtnahme auf die Konzeption des jeweils anderen Gesetzgebers

116 Das Bundesverfassungsgericht hat 1998 in zwei Entscheidungen den Gedanken entwickelt, daß ein Gesetzgeber bei der Wahrnehmung seiner Zuständigkeit Rücksicht auf diejenige Konzeption zu nehmen hat, die ein anderer Gesetzgeber im Rahmen seiner Zuständigkeit verfolgt. Ohne Not darf der eine nicht das Konzept des anderen schmälern oder konterkarieren.

117 „Das Rechtsstaatsprinzip und die bundesstaatliche Kompetenzordnung verpflichten alle rechtsetzenden Organe, ihre Regelungen jeweils so aufeinander abzustimmen, daß den Normadressaten nicht gegenläufige Vorschriften erreichen, die Rechtsordnung also nicht aufgrund unterschiedlicher Anordnungen widersprüchlich wird ...

118 a) Konkurrierende Gesetzgebungskompetenzen werden vom Grundgesetz bereits in der Weise aufeinander abgestimmt, daß der Landesgesetzgeber grundsätzlich nur insoweit zur Gesetzgebung befugt ist, als nicht der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit Gebrauch gemacht hat. Stehen landesgesetzliche Regelungen mit einer bundesgesetzlichen Regelung im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit in Widerspruch, überschreiten sie den dem Landesgesetzgeber belassenen Zuständigkeitsbereich.

119 b) Besteht eine Kompetenz sowohl für ein Bundes- als auch für ein Landesgesetz, so kann sich ein Widerspruch dennoch ergeben, wenn einerseits der Bundesgesetzgeber eine Sachregelung trifft, andererseits der Landesgesetzgeber eine Abgabe erhebt. Eine solche Kollision kann vor allem auftreten, wenn mit dem Abgabengesetz Lenkungswirkungen erzielt werden sollen, die den Regelungen des zuständigen Sachgesetzgebers zuwiderlaufen. In einem solchen Fall trifft der Abgabengesetzgeber in den vom Sachgesetzgeber erlassenen Regelungen auf eine Grenze der Kompetenzausübung. Nach der Kompetenzordnung des Grundgesetzes und dem Rechtsstaatsprinzip darf der Abgabengesetzgeber aufgrund einer Abgabenkompetenz nur insoweit lenkend in den Kompetenzbereich eines Sachgesetzgebers übergreifen, als die Lenkung weder der Gesamtkonzeption der sachlichen Regelung noch konkreten Einzelregelungen zuwiderläuft.“<sup>81</sup>

120 Beide Entscheidungen betrafen Landesabgabenregelungen, die mit ihrem Lenkungszweck dem Kooperations-Konzept, das der Bundesgesetzgeber für den Bereich der Abfallwirtschaft realisiert hatte, widersprachen und dementsprechend zu weichen hatten.

121 Da Bundesrecht ohnehin Landesrecht bricht, Art. 30 GG, erscheint das Ergebnis auf ersten Blick nicht weiter auffällig, und es könnte zudem sein, daß die vom Bundesverfassungsgericht entwickelte Vorstellung des legislativen Rücksichtnahmegebots nur dem Verhältnis von *Abgaben-* und *Sachgesetzgeber* gilt. Beides könnte dagegen sprechen, die Sicht des Gerichts ohne weiteres zu verallgemeinern und die hier interessierende Konstellation zu übertragen. Der zweite Blick zeigt, daß es sich anders verhält:

### II. Rücksichtnahmepflicht auch des Bundes

122 Das Bundesverfassungsgericht machte erstens zugleich ausdrücklich deutlich, daß das Gebot der Rücksichtnahme auf den anderen Gesetzgeber *allgemein* gilt, nicht nur die Länder gegenüber dem Bund bindet, sondern auch umgekehrt den Bund gegenüber den Ländern:

---

<sup>81</sup> BVerfGE 98, 83 (97f.) unter Bezug auf BVerfGE 98, 106 (118f.) vom selben Tage.

- 123 „aa) Die Verpflichtung zur Beachtung der bundesstaatlichen Kompetenzgrenzen und zur Ausübung der Kompetenz in wechselseitiger bundesstaatlicher Rücksichtnahme (vgl. BVerfGE 81, 310 [339]) wird durch das Rechtsstaatsprinzip in ihrem Inhalt verdeutlicht und in ihrem Anwendungsbereich erweitert. Das Rechtsstaatsprinzip verpflichtet alle rechtsetzenden Organe des Bundes und der Länder, die Regelungen jeweils so aufeinander abzustimmen, daß den Normadressaten nicht gegenläufige Regelungen erreichen, die die Rechtsordnung widersprüchlich machen. Welche der einen Widerspruch begründenden Regelungen zu weichen hat, bestimmt sich grundsätzlich nach dem Rang, der Zeitenfolge und der Spezialität der Regelungen. Sachkompetenz und Steuerkompetenz werden vom Grundgesetz bereits in der Weise aufeinander abgestimmt, daß grundsätzlich der Sachgesetzgeber Verhaltenspflichten, der Steuergesetzgeber Zahlungspflichten regelt. Das Nebeneinander dieser Kompetenzen und ihre Wahrnehmung führen insoweit nicht zu sachlichen Widersprüchen. Begründet der Steuergesetzgeber aber Zahlungspflichten, die den Adressaten zur Vermeidung des steuerbelasteten Tatbestandes veranlassen sollen, so kann diese Lenkung Wirkungen erreichen, die den vom zuständigen Sachgesetzgeber getroffenen Regelungen widersprechen. Der Gesetzgeber darf deshalb aufgrund einer Steuerkompetenz nur insoweit lenkend und damit mittelbar gestaltend in den Kompetenzbereich eines Sachgesetzgebers übergreifen, als die Lenkung weder der Gesamtkonzeption der sachlichen Regelung noch konkreten Einzelregelungen zuwiderläuft.
- 124 bb) Diese rechtsstaatlichen Vorgaben begründen im Rahmen der bundesstaatlichen Ordnung der Gesetzgebungskompetenzen zugleich Schranken der Kompetenzausübung. Der Steuergesetzgeber darf die vom Sachgesetzgeber getroffenen Entscheidungen nicht durch Lenkungsregelungen verfälschen, deren verhaltensbestimmende Wirkungen dem Regelungskonzept des Sachgesetzgebers zuwiderlaufen. Sobald der Sachgesetzgeber für einen Sachgegenstand Regelungen trifft, muß der Gesetzgeber diese bei steuerlichen Lenkungen beachten (zur Auferlegung von Abgaben aufgrund einer Sachkompetenz vgl. BVerfGE 91, 186 [201ff.]).
- 125 Würde der *Bundesgesetzgeber* etwa durch eine Lenkungsteuer mit Lenkungsdruck in einem vom Landesgesetzgeber geregelten Bereich des Kultusrechts gestaltend einwirken, überschritte er seine Steuerkompetenz, wenn er dadurch zu einer dem Regelungskonzept oder einer Einzelaussage des *Landesgesetzgebers* zuwiderlaufenden Verhaltensweise veranlassen würde. Umgekehrt dürfte der Landesgesetzgeber oder der kommunale Satzungsgeber nicht durch eine Lenkungsteuer in den Regelungsbereich des Bundesgesetzgebers einwirken, wenn dieser den steuerlich verfolgten Lenkungszweck ausgeschlossen oder gegenläufige Lenkungswirkungen oder Handlungsmittel vorgeschrieben hat.“<sup>82</sup>

### III. Rücksichtnahmepflichten der *Sachgesetzgeber*

- 126 Zweitens: Beide Entscheidungen betreffen zwar speziell das Verhältnis des *Abgabengesetzgebers* zum *Sachgesetzgeber*, lassen sich aber ohne weiteres auf alle die Fälle ausdehnen, in denen *zwei Sachgesetzgeber*<sup>83</sup> sich beide zwar auf einschlägige Kompetenztitel stützen können, aber inhaltlich einander in die Quere kommen. Im Bereich der – noch existierenden – Rahmengesetzgebung wird dieses, dort alltägliche Risiko speziell durch Art. 75 GG gebändigt. Außerhalb der Rahmengesetzgebung kommt es zum beschriebenen Konflikt zwischen zwei Sachgesetzgebern deswegen selten, weil sich das Grundgesetz jenseits des Art. 75 GG bemüht, Zuständigkeitsüberschneidungen zu vermeiden, und sog. Doppelzuständigkeiten dementsprechend selten zutage treten und dann auch als solche akzeptiert werden.<sup>84</sup>

---

<sup>82</sup> BVerfGE 98, 106 (118-120). Kursivdruck nicht im Original.

<sup>83</sup> Vielleicht auch *zwei Abgabengesetzgeber* – aber das braucht im hier interessierenden Zusammenhang, in dem es um *Sachgesetzgebung* geht, nicht weiter verfolgt zu werden.

<sup>84</sup> Das Bundesverfassungsgericht wird öfter so verstanden, als meine es – darüber hinausgehend – sogar, daß es sie gar nicht gebe. Das wäre, wie der Gesetzgebungs-Alltag mit seinen ständigen Berührungen zwischen an sich kompetentiell abgeschichteten Bundes- und Landesregelungen lehrt, wohl übertrieben. Das Grundgesetz konnte und kann nicht jede denkbare Regelungsüberschneidung vorausahnen und dann mit Hilfe der Kompetenztitel vermeiden wollen. Im übrigen ist dies wohl auch gar nicht die Sicht des Gerichts. So heißt es in der Altenpflege-Entscheidung (BVerfGE 106, 62 [115]) etwa: „Das Berufsbild, wie es das Altenpflegegesetz entwirft, enthält danach einerseits Elemente der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG und andererseits solche der ausschließlichen Gesetzgebungskompetenz der

127 Das Bundesverfassungsgericht hat in diesem Sinne ein knappes halbes Jahr nach seinen beiden referierten Entscheidungen zum Verhältnis des Abgabengesetzgebers zum Sachgesetzgeber unmißverständlich klargestellt, daß das Rücksichtnahme-Gebot auch im Verhältnis zweier Sachgesetzgeber zueinander gilt; im Zusammenhang mit den Bundesregelungen zum Schwangerschaftsabbruch hielt es die verfahrensgegenständlichen ergänzenden Landesregelungen zwar für kompetenzgemäß erlassen, verlangt es aber – unter ausdrücklichem Bezug auf seine abgabenrechtlichen Judikate – die Rücksichtnahme des Landes auf die Bundeskonzeption.<sup>85</sup>

128 „Überdies verpflichtet die bundesstaatliche Kompetenzordnung alle rechtsetzenden Organe, ihre Regelungen so aufeinander abzustimmen, daß die Rechtsordnung nicht aufgrund unterschiedlicher Anordnungen widersprüchlich wird. Die Verpflichtungen einerseits zur Beachtung der bundesstaatlichen Kompetenzgrenzen und andererseits zur Ausübung der Kompetenz in wechselseitiger bundesstaatlicher Rücksichtnahme werden durch das Rechtsstaatsprinzip in ihrem Inhalt verdeutlicht und in ihrem Anwendungsbereich erweitert. Beide setzen damit zugleich der Kompetenzausübung Schranken. Konzeptionelle Entscheidungen eines zuständigen Bundesgesetzgebers dürfen auch durch auf Spezialzuständigkeiten gründende Einzelentscheidungen eines Landesgesetzgebers nicht verfälscht werden. Insbesondere dürfen den Normadressaten nicht gegenläufige Regelungen erreichen, die die Rechtsordnung widersprüchlich machen ...“

129 Und schon gut anderthalb Jahrzehnte früher hieß es – im Zusammenhang mit der mißglückten Reform der Staatshaftung, die noch ohne den heutigen Art. 74 Abs. 1 Nr. 25, Abs. 2 GG auskommen mußte – zur umgekehrten Konstellation (Einbruch des Bundes in die Gefilde der Länder) unmißverständlich:

„Zwar kann der Bund - was er hier schon formell nicht getan hat - unter Inanspruchnahme seiner Gesetzgebungsbefugnis aus Art. 74 Nr. 1 GG durch eine Änderung der die Beamtenhaftung regelnden Vorschrift des § 839 BGB über Art. 34 GG in das ihm sonst grundsätzlich verschlossene Gebiet des Staatshaftungsrechts der Länder hineinwirken und auf diese Weise landesgesetzliche Regelungen ausschließen oder verdrängen (Art. 31 GG). Diese verfassungsgesetzliche Besonderheit, die es dem Bund ausnahmsweise erlaubt, in Ausübung seiner ihm für eine bestimmte Materie verliehenen Gesetzgebungsbefugnis (mittelbar) rechtlich regelnd in einen anderen Bereich hineinzuwirken, in dem die Länder das Recht der Gesetzgebung haben, führt indessen nicht dazu, daß die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern unterlaufen oder ausgehöhlt werden darf. Dem Gestaltungsspielraum des Bundes sind hier mit Rücksicht auf die für die bundesstaatliche Struktur der Verfassungsordnung grundlegenden Vorschriften der Art. 30, 70 Abs. 1 GG verhältnismäßig enge Grenzen gezogen. Der das gesamte verfassungsrechtliche Verhältnis zwischen Bund und Ländern beherrschende Grundsatz der wechselseitigen Pflicht des Bundes und der Länder zu bundesfreundlichem Verhalten verlangt gegenseitige Rücksichtnahme und schließt eine mißbräuchliche Interessenwahrnehmung aus (vgl. BVerfGE 43, 291 [348] m. w. N.). Diese dem Bund verfassungsrechtlich abverlangte Rücksichtnahme

---

Länder. Dieses Zwischenergebnis enthebt das Bundesverfassungsgericht nicht der Notwendigkeit, die Materie am Ende entweder dem einen oder dem anderen Kompetenzbereich zuzuweisen. Eine ‚Doppelzuständigkeit‘, auf deren Grundlage Bund und Länder *ein und denselben Gegenstand in unterschiedlicher Weise regeln* könnten, ist dem System der verfassungsrechtlichen Kompetenznormen fremd und stünde mit ihrer Abgrenzungsfunktion (Art. 70 Abs. 2 GG) nicht im Einklang ...“ (Kursivdruck nicht im Original). Weniger die Überschneidung als solche als die Sorge vor der gegenläufigen Nutzung der Kompetenzen im Überschneidungsbereich treibt ersichtlich das Gericht um. Vgl. weiterhin etwa BVerfGE 36, 193 (202f.); 61, 149 (204); 67, 299 (321).

Im übrigen: Eine Doppelzuständigkeit in dem Sinne, daß beide Gesetzgeber sich auf ein und denselben Kompetenztitel stützen können, mag es nicht geben können. Eine andere Sache ist es, daß u. U. sowohl der Bund als auch ein Land, gestützt auf je *unterschiedliche* Kompetenztitel, ein und denselben Gegenstand regeln zu dürfen beanspruchen können. Jedenfalls dies ist dem Gericht, wie sogleich zu zeigen sein wird, nicht fremd.

<sup>85</sup> BVerfGE 98, 265 (301).

auf die Rechte der Länder verwehrt es ihm deshalb, jedenfalls an der Leine des § 839 BGB über Art. 34 GG in Wahrheit umfassend *die* Staatshaftung zu regeln.<sup>86</sup>

**130** Fest steht danach, daß auch der *Bundesgesetzgeber* die kompetenzgemäß entwickelte und in Kraft gesetzte *landesrechtliche* Konzeption, die er vorfindet und auf die seine Regelung einzuwirken droht, zu respektieren. Auch *seine* Kompetenzausübung unterliegt dem Gebot der Rücksichtnahme – hier auf die Konzeption des anderen Gesetzgebers.

**131** Es liegt hier – im Sektor der Gesetzgebung – nach alledem nicht anders als in anderen Bereichen, in denen Bund und Länder bei der Ausübung ihrer legitimen Zuständigkeiten miteinander in Berührung kommen. So hatte das Bundesverfassungsgericht wiederholt Gelegenheit, im Zusammenhang mit der Ausführung von Bundesgesetzen durch die Länder und die Aufsicht des Bundes über sie zu betonen, daß der Bund bei der Ausübung seiner einschlägigen (und als solcher unbestrittenen) Aufsichts-Kompetenz Rücksicht auf die Belange der Länder zu nehmen habe.<sup>87</sup> Zwar verstößt er gegen diese Pflicht nicht schon dadurch, daß er überhaupt von seiner Zuständigkeit Gebrauch macht; aber es kann im einzelnen Falle die Inanspruchnahme der – an sich gegebenen – Zuständigkeit mißbräuchlich und daher verfassungswidrig sein.<sup>88</sup>

#### **IV. Folgerungen für den Entwurf**

##### **1. Verstoß gegen das Rücksichtnahmegebot**

**132** Der Entwurf des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes verstößt ohne Not gegen die skizzierte Bundestreueverpflichtung zur Respektierung der kompetenzgemäßen Landesregelungen zum Berufsrecht der Ärzte durch Modifikation, Versteinerung und Vorgriff (vgl. zu diesen Formen des Konzeptionsverstoßes oben sub RN 41-45). Er mißachtet damit in verfassungswidriger Weise die tradierte Auffassung, daß das allgemeine – landesrechtlich ausgeformte – ärztliche Berufsrecht das unverzichtbare Fundament auch der vertragsärztlichen Tätigkeit ist, daß also insbesondere – in den Worten des Bundessozialgerichts – „diejenigen Pflichten, die bereits als generelle berufsrechtliche Pflichten den speziellen Erfordernissen [vertrags]ärztlicher Tätigkeit vorausgehen, zugleich auch Bestandteil des [vertrags]ärztlichen Pflichtenkatalogs sind“.<sup>89</sup> Alle vertragsärztlichen Regelungen haben – ihre hinreichende kompetentielle Absicherung durch Artt. 74 Abs. 1 Nr. 12, 72 Abs. 2 GG unterstellt – „den Vorrang des in die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz der Länder (Art. 70 Abs. 1 GG) fallenden allgemeinen ärztlichen Berufsrechts“<sup>90</sup> zu respektieren. Ein Bundesgesetz, das sich das Landesberufsrecht aneignet und damit – ob im Zuge der Einverleibung geändert oder nicht geändert – als Teil des Bundes-Vertragsarztrechts dem Zugriff der Länder entzieht, läßt diesen Respekt vermissen.

##### **2. Geltung des Rücksichtnahmegebots auch gegenüber dem von den Kammern gesetzten Recht**

**133** Rein vorsorglich sei klargestellt, daß das beschriebene und durch den Entwurf verletzte Gebot der Rücksichtnahme nicht nur den *Landesgesetzgeber*, sondern auch die *Kammern* schützt, wenn sie von der Ermäch-

---

<sup>86</sup> BVerfGE 61, 149 (204f.).

<sup>87</sup> BVerfGE 81, 310 (337); 104, 249 (269f., 283f.); 106, 1 (27); 110, 33 (52).

<sup>88</sup> BVerfGE a.a.O.

<sup>89</sup> BSGE 62, 224 (226); der Sache nach ebenso zuvor etwa BSGE 23, 97 (99).

<sup>90</sup> BSGE 80, 256 (258) im Zusammenhang mit der Trennung von hausärztlicher und fachärztlicher Tätigkeit.

tigung ihres Gesetzgebers zum Erlaß der Berufsordnungen Gebrauch machen. Diese Berufsordnungen halten sich im Rahmen der landesgesetzlichen Ermächtigungen und sind Teil des Landesrechts. Der Schutz der Bundestreue kommt ihnen daher nicht weniger zugute als dem ermächtigenden Landesgesetzgeber. Nichts anderes meint das Bundesverfassungsgericht, wenn es in seinen einschlägigen Entscheidungen von „*allen rechtsetzenden Organen*“, die den Verpflichtungen und dem Schutz der Bundestreue unterliegen, spricht und den Gedanken maßgeblich in Fällen konkretisiert hat, an denen *Satzungsgeber* beteiligt waren (vgl. RN 116-130).



### **E. Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse**

1. Der Entwurf eines Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (BR-Drs. 353/06) greift in das der ausschließlichen Zuständigkeit der Länder vorbehaltene Berufsrecht der Ärzte in mehreren Bereichen und auf mehrfache Weise ein.
  - a. Wesentlich betroffen wird das Landesberufsrecht insbesondere durch die Neuregelungen zur Beschäftigung angestellter Praxisärzte, zur vertragsärztlichen Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes und zur vertragsärztlichen Berufsausübung mit anderen Leistungserbringern (RN 4-14).
  - b. Die Inkorporierung der bisher allein im Landesberufsrecht geregelten und vom Bundesrecht in Bezug genommenen Themen in das neue Vertragsarztrecht des Bundes entzieht den allein zuständigen Ländern einen wesentlichen Teil ihrer originären Kompetenz. Dies gilt für solche Regelungen, die unverändert Eingang in das Bundesrecht finden sollen; sie werden der landesrechtlichen Disposition im Vertragsarztbereich entzogen. Es gilt aber auch und verstärkt für solche Vorschriften, die der Bund in veränderter Form inkorporieren will (RN 23-45).
2. Die Bundesregierung leitet die Zuständigkeit des Bundes für den Entwurf insgesamt – unter Einschluß der das Landesberufsrecht tangierenden Vorschriften – ohne nähere Begründung aus dem Kompetenztitel „Sozialversicherung“, Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG her und hält die vorgeschlagene Bundesregelung aus allen drei in Art. 72 Abs. 2 GG genannten Gründen für erforderlich (RN 15-22).
3. Die Einschlägigkeit des Kompetenztitels „Sozialversicherung“, Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG, ist jedenfalls für diejenigen Regelungen, die das Landesberufsrecht betreffen, überaus zweifelhaft. Sie kann sich auf keine gesicherten Erkenntnisse der maßgeblichen Judikatur stützen (RN 46-58). Andere Kompetenztitel, insbesondere Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG, stützen die Regelungen ebenso wenig (RN 59-61). Die Enge der Nr. 19 spricht im Gegenteil für eine strikte, d.h. im Ergebnis länderfreundliche, Deutung der sonstigen Kompetenztitel, auch der Nr. 12 (RN 62-64).
4. Weder die „Staatspraxis“ des Bundes (die auch schon früher das Landesberufsrecht tangiert hat) noch die Vorstellung eines unerläßlichen Sachzusammenhanges von Vertragsarztrecht und Landesberufsrecht vermögen die fehlende Zuständigkeit des Bundes für die hier interessierenden Regelungen zu begründen (RN 65-74).
5. Selbst wenn dem Bund ein Kompetenztitel zur Seite stünde, wäre die im Entwurf vorgeschlagene Regelung jedenfalls, was die landesberufsrechtlichen Themen anlangt, nicht im Sinne des Art. 72 Abs. 2 GG erforderlich (RN 75-114).
  - a. Sie dient weder der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse (RN 101-105) noch im gesamtstaatlichen Interesse der Wahrung der Rechtseinheit (RN 106, 107) oder der Wahrung der Wirtschaftseinheit (RN 108-111).

- b. Die landesberufsrechtlichen Themen stellen auch keinen im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts objektiv unerläßlichen Teil der Konzeption des Bundesgesetzgebers dar, so daß die vorgesehene Bundesregelung jedenfalls „insoweit“ nicht erforderlich ist (RN 112, 113).
  - c. Unabhängig von diesem objektiven Befund genügt die Gesetzesvorlage nicht den Anforderungen des Bundesverfassungsgerichts an die Nachvollziehbarkeit der zur „Erforderlichkeit“ angestellten Prognose und an die Darlegung der ihr zugrunde liegenden Tatsachen und Erwägungen im Gesetzgebungsverfahren (RN 114).
6. Selbst wenn dem Bund für die hier interessierenden Regelungen des Entwurfs eine Zuständigkeit zukäme, wären sie wegen Verstoßes gegen die Bundestreue verfassungswidrig. Sie verletzen das vom Bundesverfassungsgericht entwickelte Gebot der Rücksichtnahme des einen (unterstellt zuständigen) Gesetzgebers gegenüber dem (ebenfalls zuständigen) anderen. Dieses Gebot verpflichtet den Bund gegenüber den Ländern zu einem schonenden Umgang mit dem geltenden Landesrecht (RN 115-131). Es schützt auch die Kammern, wenn sie von der Ermächtigung ihrer Landesgesetzgeber durch den Erlaß von Berufsordnungen Gebrauch machen (RN 133). Dieses Gebot hat der Entwurf mit seinen Übergriffen in das Landesberufsrecht der Ärzte nicht hinreichend beachtet (RN 132, 133).



*Berlin, den 10. Juni 2006*

*(Pestalozza)*

**AOK-Bundesverband, Bonn**

**Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg**

**AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg**

**IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach**

**BKK-Bundesverband, Essen**

**See-Krankenkasse, Hamburg**

**Knappschaft, Bochum**

**Bundesverband der landwirtschaftlichen  
Krankenkassen, Kassel**

---

**Gemeinsame Stellungnahme  
der Spitzenverbände  
der gesetzlichen Krankenkassen  
zum „Entwurf eines Gesetzes  
zur Änderung des Vertragsarztrechts und  
anderer Gesetze (Vertragsarztrechts-  
änderungsgesetz - VÄndG)“  
vom 30. August 2006 (BT-Drs 16/2474)**

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### **I. Grundsätzliche Bewertung**

In den vergangenen Monaten sind neben der aktuellen Diskussion um die GKV-Finanzierungsreform eine Reihe weiterer wichtiger Zukunftsfragen des Gesundheitssystems in das Zentrum der politischen Auseinandersetzung gerückt. Dazu gehören auch die jetzt vorliegenden Inhalte eines Entwurfs für ein Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das eine weitgehende Flexibilisierung und Liberalisierung der ärztlichen Tätigkeit beinhaltet und Instrumente zur Abmilderung drohender regionaler Versorgungsprobleme vorsieht. Ergänzend enthält der Gesetzentwurf die Verlängerung der Anschubfinanzierung für integrierte Versorgung.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen unterstützen grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers, das Vertragsarztrecht zu liberalisieren, weil hierdurch neue Formen der Kooperation und Organisation in der vertragsärztlichen Versorgung zugunsten der Versicherten möglich werden. Die Weiterentwicklung der Strukturen der ambulanten Versorgung und die Zulassung neuer Betriebsformen kann nur unter geeigneten Rahmenbedingungen zur notwendigen Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistungen beitragen.

In einer Gesamtbewertung der mit dem VÄndG-Entwurf angestrebten Rechtsänderungen kommen die Spitzenverbände allerdings zu dem Ergebnis, dass hinsichtlich einzelner Regelungen dringender Korrekturbedarf besteht, damit es nicht zu neuen Verwerfungen der Versorgungs- und Vergütungsstrukturen in der vertragsärztlichen Versorgung kommt. Aus diesem Grund sind, bevor die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen im Detail einer Bewertung zugeführt werden, einige grundsätzliche Anmer-

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

kungen zu machen:

1. Viele der im Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen werden zurückgeführt auf die Novellierung der (Muster-) Berufsordnung durch den 107. Deutschen Ärztetag. Es darf jedoch kein Automatismus entstehen zwischen der Weiterentwicklung des Berufsrechtes und der Anpassung des Sozialrechtes an die Berufsordnung. Andernfalls würden die Ärztekammern über die Berufsordnung die vertragsärztliche Tätigkeit regeln. Eine Anpassung von SGB V und Zulassungsverordnung an die (Muster-) Berufsordnung sollte daher nur insoweit erfolgen, wie dies mit den Grundlagen der vertragsärztlichen Versorgung vereinbar ist. Insbesondere dürfen die Instrumente zur Steuerung der Versorgung und der Ausgabenentwicklung nicht entwertet werden (Bedarfsplanung, Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfung usw.).

2. Deutschland verfügt entgegen einer teilweise anderen Wahrnehmung in der Öffentlichkeit über eine hohe und ansteigende Arztdichte. Trotz dieser Entwicklung gibt es eine anhaltende Diskussion über Ärztemangel in einigen Regionen. Tatsächlich ist festzustellen, dass es erhebliche Unterschiede in der ärztlichen Versorgung in den Regionen gibt. Während bei Fachärzten in fast allen Regionen eine erhebliche Überversorgung festzustellen ist, ist die Versorgung mit Hausärzten in einigen Regionen nicht optimal oder droht sich zu verschlechtern.

Um diesen regionalen Disparitäten entgegen zu steuern, kommt es deshalb darauf an, im Rahmen der Flexibilisierung ein weiteres Anwachsen dieser Disparitäten zu vermeiden. Die Flexibilisierung sollte – wie in der Neufassung von § 95 Abs. 7 SGB V vorgesehen - daher nur dort erfolgen, wo Unterversorgung besteht oder zu erwarten ist: Erwei-

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

terte Möglichkeiten der Niederlassung oder Leistungserbringung in vollversorgten („nicht überversorgten“) Planungsbereichen hätten zur Folge, dass das Problem der Unterversorgung in den weniger attraktiven, von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen noch zunimmt.

Unterversorgung kann nur wirksam begegnet werden, wenn gleichzeitig Überversorgung abgebaut wird. Die Anreize zur Vermeidung von Unterversorgung müssen mit Anreizen zum Abbau von Überversorgung verbunden werden: Daher sollten die Sicherstellungszuschläge an Ärzte, die sich in unterversorgten Regionen niederlassen, ergänzt werden durch Sicherstellungsabschläge von Ärzten, die in überversorgten Regionen eine Praxis übernehmen. Die Entscheidung zugunsten der Niederlassung in einer unterversorgten Region wird durch dieses System positiver und negativer Anreize nachhaltig unterstützt. Die begrenzten Mittel werden zugunsten der unterversorgten Regionen und zulasten der überversorgten Bereiche neu verteilt und orientieren sich nicht mehr ausschließlich am Versorgungsangebot, sondern am Versorgungsbedarf. Im Referentenentwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes sind diese Anregungen zwar aufgenommen worden (Zu- oder Abschläge von den zu vereinbarenden Punktwerten in Abhängigkeit vom Versorgungsgrad) – sie sind aber Teil einer insgesamt außerordentlich problematischen Neuregelung der vertragsärztlichen Vergütung. Die Spitzenverbände legen daher einen eigenen, mit der gültigen Vergütungssystematik kompatiblen Regelungsvorschlag vor.

3. Viele der vorgeschlagenen Flexibilisierungen zur Vermeidung von Versorgungsengpässen würden zu Leistungsausweitungen führen. Diese Ausweitungen sind vor dem Hintergrund der weiterhin vorgesehenen Ablösung des Honorarbudgets zum 01.01.2009 außerordentlich prob-

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

lematisch. Die Instrumente zur Steuerung der Mengen- und Ausgabenentwicklung in der ambulanten Versorgung müssen daher ebenfalls weiterentwickelt werden. Darüber hinaus bedarf es der Entwicklung neuer Instrumente, die eine sektorübergreifende Steuerung der vertragsärztlichen Leistungserbringung erlauben.

4. Das Inkrafttreten des VändG wird erhebliche Auswirkungen auf die Ausgestaltung der vertragsärztlichen Versorgung haben. Im Nachgang müssen allein auf Bundesebene nahezu alle untergesetzlichen Normen angepasst werden – von den Bedarfsplanungs- und den Angestellte-Ärzte-Richtlinien über die Bundesmantelverträge, die Vereinbarungen zur Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 2 SGB V, den EBM, die Richtlinien zur Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung bis zu dem Vertrag über den Datenträgeraustausch. Darüber hinaus bedarf es der Entwicklung und Einführung einer neuen, bundesweit gültigen Arztabrechnungsnummer sowie der Anpassung sämtlicher Vordrucke und der Arztabrechnungssoftware an die vorzunehmenden Änderungen.

Um die Steuerungsfähigkeit des Systems aufrecht zu erhalten, muss angestrebt werden, dass die genannten untergesetzlichen Normen zeitgleich mit den gesetzlichen Bestimmungen in Kraft treten. Die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung setzen sich daher dafür ein, dass die Änderungen der vertragsärztlichen Versorgung durch das VändG nicht wie die übrigen Teile des Gesetzes bereits zum 01.01.2007, sondern erst am 01.07.2007 in Kraft treten.

5. Die derzeit noch vorgesehene Verlängerung der Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung nur um ein Jahr ist weder argumentativ nachvollziehbar noch von der Sache her korrekt. Es bedarf daher der im 4. Arbeitsentwurf GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz angekündigten Verlängerung der Anschubfinanzierung im Rahmen des VÄndG

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

bis zumindest Ende 2008, auch damit die Partner von Verträgen der integrierten Versorgung die notwendige Planungssicherheit erhalten  
Die bisher bestehenden unterschiedlichen Interpretationen des Gesetztextes, insbesondere bezüglich des Rückzahlungsprozesses, werden nicht geregelt, so dass bestehende Probleme lediglich zeitlich nach hinten verschoben werden.

6. Die ursprünglich im Rahmen des VändG vorgesehene Verschiebung der Fristen für die Einführung des neuen Vergütungssystems für ärztliche Leistungen ist inzwischen Bestandteil des Entwurfs des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG). Da dieses Gesetz nicht zum 1.1.2007 in Kraft tritt, besteht die Notwendigkeit, ein nicht mehr beabsichtigtes Wirksamwerden noch gültiger Neuregelungen der ärztlichen Vergütungen zu diesem Zeitpunkt auszuschließen. Es muss sichergestellt werden, dass nicht Teilinstrumente der angestrebten ambulanten Vergütungsreform vorab isoliert in Kraft gesetzt werden, sondern ein insoweit einheitliches Reformwerk zum 1.1.2009 kommt. Handlungsbedarf besteht hinsichtlich der §§ 85a bis d SGB V. Damit deren Aufhebung rechtzeitig zum 1.1.2007 erfolgt, ist eine entsprechende Regelung in VÄndG aufzunehmen.

7. Zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich werden die Spitzenverbände im Rahmen des anhängigen Verfahrens zum GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz im Einzelnen Stellung beziehen.



---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

## **II. Regelungsbezogene Stellungnahmen**

### **1. § 43 b Abs. 2 SGB V (Einzug von Zuzahlungen)**

#### **A. Vorschrift**

Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, die Einziehung der Zuzahlung im Auftrag der Krankenkassen zu übernehmen, wenn der Versicherte trotz einer schriftlichen Aufforderung durch den Arzt oder Zahnarzt nicht zahlt.

#### **B. Stellungnahme**

Die Änderung "im Auftrag der Krankenkassen" würde bedeuten, dass die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nach den hier anzuwendenden Regelungen der §§ 88 ff. SGB X (Auftragsverwaltung) sämtliche Kosten für das Mahnverfahren auf die Krankenkassen abwälzen könnten. Dies würde im Widerspruch zu § 18 Absatz 5a BMVÄ stehen, welcher nur eine Teilerstattung der Kosten der KVn vorsieht.

#### **C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

Der Zusatz "im Auftrag der Krankenkassen" wird gestrichen. Die Möglichkeit, in den Bundesmantelverträgen ein abweichendes Verfahren zu vereinbaren, wird ebenfalls gestrichen.

---

**Spitzenverbände der  
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

**2. § 85 Abs. 3 d SGB V (Keine West-Ost-Anpassung der Gesamtvergütung für den vertragszahnärztlichen Bereich)**

**A. Vorschrift**

Die Angleichung der Vergütungen vertragsärztlicher Leistungen für die Vertragsärzte in den neuen Bundesländern soll nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung gelten.

**B. Stellungnahme**

Zustimmung.

Über die Nichtanwendung dieser Regelung für den vertragszahnärztlichen Bereich besteht Einvernehmen zwischen den Spitzenverbänden und der KZBV.

**C. Änderungs- und Ergänzungswünsche**

Keine

---

## Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### 3. § 95 Abs. 1 SGB V (Definition der Erfordernis „fachübergreifend“ für MVZ)

#### A. Vorschrift

Die Regelung knüpft an Änderungen der Musterweiterbildungsordnung an. Sie spezifiziert, wann ein MVZ als „fachübergreifend“ bezeichnet werden kann: wenn „Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind“, dies gilt z.B. auch für fach- und hausärztliche Internisten. Wenn die Ärzte des MVZ der hausärztlichen Arztgruppe gemäß § 101 Abs. 5 (Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, hausärztliche Internisten) angehören, gilt ihre Zusammenarbeit *nicht* als fachübergreifend; ebenfalls *nicht*, wenn überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch arbeitende Ärzte (§ 101 Abs. 4) zusammenarbeiten. Eine kooperative Leitung des MVZ ist möglich, wenn Angehörige verschiedener an der Vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Berufe in dem MVZ tätig sind.

#### B. Stellungnahme

Zustimmung: Die Regelung ist wegen der parallelen Geltung von Facharztbezeichnungen nach alter und nach neuer Weiterbildungsordnung außerordentlich komplex. Das BMG hatte daher erwogen, auf das Erfordernis des Merkmals „fachübergreifend“ ganz zu verzichten. Dies wurde jedoch von den Spitzenverbänden nicht unterstützt: Die positive Haltung der Spitzenverbände zu MVZ hat sich u.a. auf die Erwartung gestützt, dass per definitionem fachübergreifend tätige MVZ ein „Angebot aus einer Hand“ insbesondere für multimorbide Versicherte zur Verfügung stellen und im Rahmen der fachübergreifenden Kooperation Wirtschaftlichkeitsvorteile bieten werden.

Nicht fachübergreifende MVZ wären von nicht fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen nicht mehr zu unterscheiden; das innovative Element bei der Konzeption Medizinischer Versorgungszentren wäre damit beseitigt.

Die Vorgabe zur kooperativen Leistung des MVZ dient dazu, die Zusammenarbeit von in dem MVZ vertretenen Psychotherapeuten oder Zahnärzten mit den anderen Vertragsärzten zu fördern. Sie ist inhaltlich nachvollziehbar und wird unterstützt.

#### C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Keine.

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### **4. § 95 Abs. 3 SGB V i.V. mit § 19 a Ärzte-ZV (Teilzulassungen)**

#### **A. Vorschrift**

Es können Teilzulassungen in der Form erfolgen, dass der zugelassene Vertragsarzt einen vollen oder hälftigen Versorgungsauftrag erhält.

#### **B. Stellungnahme**

Die vorgesehene Möglichkeit von Teilzulassungen wird damit begründet, dass sie zur Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten und zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf beitragen werden.

Dies ist nachvollziehbar. Allerdings wäre es mit den herkömmlichen Steuerungsinstrumenten nicht möglich, die Leistungserbringung eines teilzugelassenen Vertragsarztes, der weitere Teile seiner Arbeitszeit in anderen Sektoren einsetzt, zu erfassen.

#### **C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

Grundsätzlich: Zustimmung. Teilzulassung sollten aber erst dann möglich sein, wenn ein Steuerungsinstrument entwickelt wurde, das die gesamte Leistungserbringung des Vertragsarztes über die Sektorengrenzen hinweg erfassen kann.

---

**Spitzenverbände der  
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

**5. § 95 Abs. 6 SGB V (MVZ: Frist zur Wiedererlangung der Gründungsvoraussetzungen)**

**A. Vorschrift**

Dem MVZ wird eine Frist von sechs Monaten eingeräumt, um eine weggefallene Gründungsvoraussetzung zu ersetzen.

**B. Stellungnahme**

Die vorgesehene Frist ist sinnvoll, da sie dem MVZ einen überschaubaren Zeitraum zur Wiedererlangung der Gründungsvoraussetzung einräumt.

**C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

keine

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### **6. § 95 Abs. 7 SGB V (Aufhebung der 68-Jahres-Grenze bei (drohender) Unterversorgung)**

#### **A. Vorschrift**

Satz 7: Die Anstellung eines Arztes in einem MVZ soll nicht mit dem Tag der Vollendung des 68. Lebensjahres enden, sondern am Ende des Kalendervierteljahres, in dem das 68. Lebensjahr erreicht wird.

Sätze 8 - 9: In Planungsbereichen, für die der Landesausschuss (drohende) Unterversorgung festgestellt hat, gilt die 68-Jahresgrenze nicht. Die Zulassung eines Arztes, der das 68. Lebensjahr erreicht hat, endet allerdings spätestens 1 Jahr nach Aufhebung der Feststellung von (drohender) Unterversorgung durch den Landesausschuss.

#### **B. Stellungnahme**

Satz 7: Die Änderung stellt die MVZ in diesem Punkt den Vertragsarztpraxen gleich. Zustimmung.

Sätze 8 –9: Sinnvolle Regelung, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereits vorgeschlagen wurde.

#### **C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

keine

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### **7. § 95 Abs. 9 SGB V (Anstellung von Ärzten)**

#### **A. Vorschrift**

Die Beschränkung der Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen auf einen ganztags beschäftigten oder zwei halbtagsbeschäftigte Ärzte gilt nur noch im Falle von Zulassungsbeschränkungen für diese Arztgruppe. Liegen keine Zulassungsbeschränkungen vor, so gibt es keine näheren Vorgaben für die Anstellung von Vertragsärzten; die Zahl der angestellten Ärzte sowie die Arbeitszeit können flexibel bestimmt werden.

Im Falle von Zulassungsbeschränkungen kann der Vertragsarzt wie bisher nur Ärzte mit der gleichen Facharztbezeichnung anstellen und muss sich zur Leistungsbegrenzung seines Praxisumfangs verpflichten. Er kann allerdings nun mehrere Teilzeitkräfte anstellen und ist nicht darauf beschränkt, höchstens zwei Halbtagskräfte zu beschäftigen.

#### **B. Stellungnahme**

Bedingte Zustimmung: Eine Flexibilisierung der Anstellung von Ärzten wird ausschließlich für den Fall von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung unterstützt. Werden die Möglichkeiten der Anstellung von Ärzten auch in „nicht zulassungsbeschränkten“ Planungsbereichen geöffnet (Versorgungsgrad kleiner 110 %), so hätten Vertragsärzte es leichter als bisher, in vollversorgten oder sogar fast überversorgten Planungsbereichen Fuß zu fassen und würden in unterversorgten Planungsbereichen erst recht fehlen. Eine Flexibilisierung der Anstellung von Ärzten in „nicht zulassungsbeschränkten“ Planungsbereichen ist aus diesem Grunde contraproduktiv.

Die Regelung der flexibleren Anstellung von Ärzten für den Fall von der Zulassungsbeschränkung ist akzeptabel, da sie unter der Bedingung von Leistungsbeschränkungen gilt. Zustimmung.

#### **C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

Die kapazitätserweiternde Flexibilisierung der Anstellung von Ärzten sollte unbedingt auf den Fall von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung beschränkt bleiben.

---

**Spitzenverbände der  
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

**8. § 95 Abs. 9 a SGB V (Anstellung von Inhabern von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin durch Vertragsarztpraxen)**

**A. Vorschrift**

Inhaber von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin können in an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarztpraxen ohne Anrechnung bei der Bedarfsplanung und ohne Leistungsbegrenzung als angestellte Ärzte mit Genehmigung des Zulassungsausschusses beschäftigt werden.

**B. Stellungnahme**

Die Regelung dient laut Begründung dazu, zur Erhaltung und Fortentwicklung der praktischen Kompetenz von Inhabern der Lehrstühle für Allgemeinmedizin beizutragen. Zustimmung.

**C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

keine



---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### **9. § 100 Abs. 3 i.V.m. § 101 Abs. 1 Nr. 3 a (neu) SGB V (zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen)**

#### **A. Vorschrift**

§ 100 Abs. 3 führt den Begriff des „zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes“ in nicht unterversorgten Planungsbereichen in das Gesetz ein. Die Feststellung solchen lokalen Versorgungsbedarfes obliegt den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen. Gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 3 a regelt der gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien, unter welchen allgemeinen Voraussetzungen die Landesausschüsse zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf feststellen können.

#### **B. Stellungnahme**

Der Regelung, die das Instrument der Sonderbedarfszulassung bei lokalem Sonderbedarf in überversorgten Planungsbereichen mit den flankierenden, einheitlichen Konkretisierungen in den Richtlinien nach § 101 Abs. 1 SGB V ergänzt, ist zuzustimmen.

#### **C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

keine

---

## Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### 10. § 101 Abs. 1 Nr. 5 i. V. m. § 101 Abs. 3 a SGB V (Leistungsbegrenzung bei der Anstellung von Ärzten)

#### A. Vorschrift

Die Leistungsbeschränkung für eine Vertragsarztpraxis bei der Anstellung von Ärzten gilt nur noch im Falle von Zulassungsbeschränkungen und soll auch nur noch für diesen Fall in den Bedarfsplanungsrichtlinien geregelt werden. Endet die Zulassungsbeschränkung, gelten keine Leistungsbeschränkungen und der angestellte Arzt wird bei der Bedarfsplanung mitgerechnet. Leistungsbeschränkungen gelten ebenfalls nicht, wenn in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wird.

#### B. Stellungnahme

Bedingte Zustimmung: Auch die Regelungen zur Aufhebung der Leistungsbegrenzung bei der Anstellung von Ärzten sollte ausschließlich im Falle (drohender) Unterversorgung gelten. Greift die Aufhebung bereits, wenn der Planungsbereich „nicht zulassungsbeschränkt bzw. nicht überversorgt“ ist, also bereits ab einem Versorgungsgrad unter 110 %, so wird die durch die Regelung ermöglichte Leistungserweiterung in vollversorgten Planungsbereichen zu einer Umschichtung von Leistungen zu Lasten von Planungsbereichen mit (drohender) Unterversorgung führen. Zum zweiten ist die Regelung einer generellen, nicht auf Unterversorgung bezogenen Möglichkeit der Leistungsausweitung höchst problematisch unter dem Aspekt der ab 2009 vorgesehenen Änderungen bei der ärztlichen Vergütung.

Die Ausnahme, Leistungsbeschränkungen im Falle von lokalem Sonderbedarf in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich aufzuheben, „soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes erforderlich ist“, ist nachvollziehbar. Zustimmung.

#### C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche

Die Regelungen zur Aufhebung der Leistungsbegrenzung bei der Anstellung von Ärzten sollte ausschließlich im Falle (drohender) Unterversorgung gelten.

---

## Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### **11. § 102 SGB V (Aufhebung der Regelungen zur Einführung einer Bedarfszulassung)**

#### **A. Vorschrift**

Die Regelungen des § 102 SGB V zur Einführung einer Bedarfszulassung und einer Verhältniszahl für Haus- und Fachärzte werden aufgehoben.

#### **B. Stellungnahme**

Die Regelung in § 102 SGB V sollte laut Begründung dazu dienen, zur Beendigung der Überversorgung beizutragen. Nach wie vor stellt die Überversorgung und die damit einhergehende Fehlallokation von Ärzten ein erhebliches Versorgungsproblem dar. § 102 SGB V ersatzlos zu streichen, setzt insofern das Fehlsignal, Überversorgung sei keine Problematik, die, wenn schon nicht beseitigt, dann zumindest reduziert werden müsse.

Wenn § 102 SGB V gestrichen wird, sollten in jedem Fall andere gesetzliche Regelungen in das SGB V aufgenommen werden, die den Abbau von Überversorgung ermöglichen oder Anreize zu Umverteilung von Ärzten zugunsten unterversorgter und zu Lasten überversorgter Regionen setzen.

#### **C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

§ 103 Absatz 4 SGB V sowie § 105 Absatz 4 und 5 sollten im Sinne des Abbaus von Überversorgung und der Vermeidung / Beseitigung von Unterversorgung folgendermaßen geändert werden:

In § 103 Absatz 4 SGB V werden ein neuer Satz 6 und Satz 7 eingefügt:

#### **Satz 6 lautet:**

„Außerdem sind ab dem 1.1.2007 bei der Auswahl der Bewerber vorrangig solche Bewerber zu berücksichtigen, die mindestens für die Dauer eines Jahres als niedergelassener Vertragsarzt in Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, Vertreter eines Vertragsarztes im Sinne von § 32 Ärzte-ZV, als Weiterbildungsassistent oder Entlastungsassistent im Sinne von § 32 Ärzte-ZV oder als Dauerassistent im Sinne von § 32 b Ärzte-ZV in einem Planungsbereich tätig waren, für den der Landesausschuss Unterversorgung oder unmittelbar drohende Unterversorgung gemäß § 100 SGB V festgestellt hat.“

---

## Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### Satz 7 lautet:

„Der Praxisnachfolger hat bei der Übernahme der Praxis in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich für die Dauer von fünf Jahren einen Sicherstellungsabschlag in Höhe von 10 Prozent des durchschnittlichen vertragsärztlichen Umsatzes je Arzt der Facharztgruppe an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlen“

Die neue Fassung des § 103 Absatz 4 lautet im Gesamttext also wie folgt:

„(4) 1. Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Erreichen der Altersgrenze, Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger fortgeführt werden soll, hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung berechtigten Erben diesen Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zur Verfügung zu erstellen. 2. Dem Zulassungsausschuss sowie dem Vertragsarzt oder seinen Erben ist eine Liste der eingehenden Bewerbungen zur Verfügung zu stellen. 3. Unter mehreren Bewerbern, die die ausgeschriebene Praxis als Nachfolger des bisherigen Arztes fortführen wollen, hat der Zulassungsausschuss den Nachfolger nach pflichtgemäßen Ermessen auszuwählen. 4. Bei der Auswahl der Bewerber sind die berufliche Eignung, das Approbationsalter und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen, ferner, ob der Bewerber der Ehegatte, ein Kind, ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde. 5. Ab dem 1.1.2006 sind für ausgeschiedene Hausarztsitze vorrangig Allgemeinärzte zu berücksichtigen. 6. Außerdem sind ab dem 1.1.2007 bei der Auswahl der Bewerber vorrangig solche Bewerber zu berücksichtigen, die mindestens für die Dauer eines Jahres als niedergelassener Vertragsarzt in Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, Vertreter eines Vertragsarztes im Sinne von § 32 Ärzte-ZV, als Weiterbildungsassistent oder Entlastungsassistent im Sinne von § 32 Ärzte-ZV oder als Dauerassistent im Sinne von § 32 b Ärzte-ZV in einem Planungsbereich tätig waren, für den der Landesausschuss Unterversorgung oder unmittelbar drohende Unterversorgung gemäß § 100 SGB V festgestellt hat. 7. Der Praxisnachfolger hat bei der Übernahme der Praxis in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich für die Dauer von fünf Jahren einen Sicherstellungsabschlag in Höhe von 10 Prozent des durchschnittlichen vertragsärztlichen Umsatzes je Arzt der Facharztgruppe an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlen. 8. Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben sind nur insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswerts der Praxis nicht übersteigt.“

---

## Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### Sicherstellungsfonds / Verwendung der Sicherstellungsabschläge:

**In § 105 Absatz 4** werden die Sätze 2-5 gestrichen. Es wird ein neuer Absatz 5 angefügt.

Absatz 5 lautet:

„(5) Die gemäß § 103 Abs. 4 Satz 7 zu zahlenden Sicherstellungs-Abschläge fließen in einen bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzurichtenden Sicherstellungsfonds. Die Mittel aus dem Sicherstellungsfonds können ausschließlich für folgende Zwecke verwandt werden:

1. die Finanzierung von Sicherstellungszuschlägen gemäß Abs. 1 i.V.m. Abs. 4
2. die Stilllegung von Praxen in überversorgten Planungsbereichen und den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung als Vertragsarzt gemäß Abs. 3
3. die Bildung von Rücklagen für den Fall von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung i.S.v. § 100 Abs. 1

Über den Einsatz der Mittel aus dem Sicherstellungsfonds entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Sind die Mittel aus dem Sicherstellungsfonds erschöpft, erfolgt die Finanzierung der Sicherstellungszuschläge wie folgt: *Die für den Vertragsarzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen, die an diese Kassenärztliche Vereinigung eine Vergütung nach Maßgabe des Gesamtvertrages nach § 83 entrichten, tragen den sich aus Absatz 4 ergebenden Zahlbetrag an den Vertragsarzt jeweils zur Hälfte. § 313a Abs. 3 gilt insoweit nicht. Die Höhe der insgesamt in einem Kalenderjahr gezahlten Sicherstellungszuschläge im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung darf den Betrag von 1 vom Hundert der insgesamt an diese Kassenärztliche Vereinigung nach § 83 entrichteten Vergütung nicht überschreiten. Über das Nähere zur Aufteilung des auf die Krankenkassen entfallenden Betrages auf die einzelnen Krankenkassen entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.“*

---

## Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### **Begründung:**

#### **Zu § 103 Abs. 4 Satz 6 SGB V (neu):**

Zur Vermeidung von Unterversorgung ist es erforderlich, neben den Sicherstellungszuschlägen, die sich direkt auf unmittelbar drohende oder vorhandene Unterversorgung in einzelnen Planungsbereichen beziehen, weitere Anreize zu setzen, die bei der Niederlassungsentscheidung des Arztes ansetzen. Die vorgesehene Regelung bezieht sich auf die Kriterien, die bei der Auswahl eines Bewerbers um einen Vertragsarztsitz in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich anzulegen sind. Vorrangig sollen künftig solche Bewerber berücksichtigt werden, die mindestens ein Jahr lang in einem unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Planungsbereich tätig waren. Ein solches Kriterium könnte es insbesondere für junge Ärzte attraktiver machen, ihre Leistung für einige Zeit in unterversorgten Planungsbereichen anzubieten. Es ist auch nicht auszuschließen, dass sich aus der zunächst nur befristeten Tätigkeit eine Bereitschaft zur dauerhaften Mitwirkung an der Versorgung in diesen Planungsbereichen ergibt.

#### **Zu § 103 Abs. 4 Satz 7 SGB V (neu):**

Die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland ist trotz des Spitzenplatzes, den die Bundesrepublik hinsichtlich der Arztdichte im internationalen Vergleich einnimmt, durch erhebliche Allokationsprobleme gekennzeichnet: Einige ländliche Kreise der östlichen Bundesländer sind hausärztlich nicht gut versorgt; teilweise ist zukünftig ein Mangel zu erwarten, wenn frei werdende Praxen nicht wieder besetzt werden. Daneben finden sich Städte und Kreise, die mit Hausärzten überversorgt sind.

Gleichzeitig findet sich in zahlreichen Regionen eine deutliche Überversorgung bei Fachärzten. Vor allem Kreise in strukturell sehr attraktiven Gegenden sind im Bereich der weitaus meisten Fachgruppen überversorgt und bleiben das auch, selbst wenn sie für Neu-Niederlassungen gesperrt sind. Diese enorme Überversorgung bindet Mittel, die in den Regionen, in denen eine Unterversorgung in absehbarer Zeit droht, sinnvoll eingesetzt werden könnten.

Eine gleichmäßige regionale Verteilung der Ärzte konnte mit den Maßnahmen der Bedarfsplanung nur bedingt erreicht werden. Es konnte lediglich ein weiterer unkontrollierter Zuwachs bei den Neuzulassungen gebremst werden; ein Abbau von Überversorgung wurde nicht erreicht, da die Wiederbesetzung bestehender Praxen auch in überversorgten Gebieten immer möglich ist.

Es gibt mittlerweile eine Fülle von Maßnahmen zur Beseitigung von Unterversorgung. Sie reichen von organisatorischen und finanziellen Hilfen für niederlassungswillige Ärzte bis hin zu neuen Organisationsformen zur Versorgungssicherung. Der zur wirksamen Bekämpfung von Unterversorgung notwendige

---

## Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

gleichzeitige Abbau von Überversorgung wird jedoch bislang nicht angegangen.

Hier setzt die vorgesehene Neuregelung in § 103 Abs. 4 Satz 7 SGB V an: Zusätzlich zu der bereits bestehenden Möglichkeit der Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Ärzte, die sich in unterversorgten Regionen niederlassen, sind zukünftig Sicherstellungsabschläge von den Ärzten zu zahlen, die in überversorgten Regionen eine Praxis übernehmen. Die Regelung setzt beim Abbau von Überversorgung an, um damit ein übergeordnetes Ziel zu erreichen: die Vermeidung bzw. Beseitigung von Unterversorgung auf der Basis freier Wahlentscheidungen von niederlassungswilligen Ärzten. Es werden negative Anreize hinsichtlich der Niederlassungsentscheidung in bereits überversorgten Regionen gesetzt, um so die Chance eines sinnvollen Umsteuerns in Richtung einer bedarfsgerechten Versorgung zu verbessern.

### **Zu § 105 Abs. 5 SGB V (neu):**

Die Sicherstellungsabschläge nach § 103 Abs. 4 Satz 7 SGB V (neu) fließen in einen bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzurichtenden Sicherstellungsfonds, der genutzt wird für:

- Finanzielle Anreize zur Vermeidung/ Behebung von Unterversorgung (Finanzierung von Sicherstellungszuschlägen),
- Maßnahmen zum Abbau von Überversorgung (Aufkauf und die Stilllegung von Praxen);
- Vorhaltung von Mitteln, um perspektivisch Maßnahmen zur Abwendung von Unterversorgung finanzieren zu können.

Mit dieser Vorgabe ist sichergestellt, dass die dem Sicherstellungsfonds zufließenden Mittel zielgerichtet zur Behebung von (drohender) Unterversorgung bzw. – wenn in dem KV-Bereich keine (drohende) Unterversorgung vorliegt – zum Abbau von Überversorgung eingesetzt werden.

Die Sicherstellungsabschläge wirken damit auf zweierlei Weise: Bewirken sie nicht bereits, dass ein Arzt seine Niederlassungsentscheidung zuungunsten des überversorgten Planungsbereiches fällt, so dienen sie unmittelbar der Finanzierung von Maßnahmen gegen Unter- oder Überversorgung. Die Mittel werden innerhalb des KV-Bereiches eingesetzt, in dem sie erhoben werden. Über die Verwendung der Mittel aus dem Sicherstellungsfonds entscheidet der Landesausschuss. Reichen die Mittel nicht aus, greift die bereits bestehende Regelung in § 105 Abs. 4 zur jeweils hälftigen Finanzierung der Maßnahmen zur Sicherstellung.

---

## Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### 12. §§ 140b, 140d SGB V (Integrierte Versorgung)

#### A. Vorschrift

In § 140d Abs. 1 SGB V wird die Anschubfinanzierung von bis zu 1 % um ein Jahr bis 31.12.2007 verlängert. Weiterhin müssen Mittel aus der Anschubfinanzierung nunmehr innerhalb von vier Jahren (bisher drei Jahre) ausgegeben werden, ansonsten sind sie zurück zu zahlen. Begründet wird die Verlängerung mit der Verschiebung der Einführung der morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina um zwei Jahre.

#### B. Stellungnahme

Eine Verlängerung nur um ein Jahr ist weder argumentativ nachvollziehbar noch von der Sache her korrekt. Es bedarf daher der im 4. Arbeitsentwurf GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz angekündigten Verlängerung der Anschubfinanzierung im Rahmen des VÄndG bis zumindest Ende 2008. Die bisher bestehenden unterschiedlichen Interpretationen des Gesetzestextes insbesondere bzgl. des Rückzahlungs-Prozederes bleiben erhalten, die sich daraus ergebenden Probleme werden lediglich – nach derzeitigem Stand des Entwurfes - um ein Jahr nach hinten verschoben.

Begründet wird die Verlängerung mit der in § 85a SGB V (Nr. 4) vorgesehenen Verschiebung der Einführung der morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina. Wenn eine Anschubfinanzierung bei Morbi RLV nicht mehr benötigt wird (Argument des BMG), wäre es logisch, den Zeitraum nicht nur um ein Jahr, sondern um zwei Jahre zu verlängern. Dies würde dann auch mit dem Ende der Konvergenzphase im stationären Bereich übereinstimmen.

Vertragsabschlüsse bedürfen, wenn sie qualitative Verbesserungen bei der Versorgung bewirken wollen, einer umfassenden Vorbereitung (Analyse des Leistungsgeschehens und Entwicklung von Verbesserungen), einer mehrjährigen Laufzeit und einer kontinuierlichen Überprüfung durch die Vertragspartner. Veränderungen bei der Versorgung und damit einhergehende Einsparungen sind deshalb erst mittel- oder langfristig erkennbar und erzielbar. Zunächst sind zusätzliche Aufwendungen erforderlich um die Leistungserbringer zum Abschluss von Verträgen zu gewinnen.

Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von vier Jahren (bisher drei) für die Integrierte Versorgung ausgegeben, sind sie nach § 140d Abs. 1 SGB V zurückzuzahlen. Diese Vorgabe wird von GKV und den Leistungserbringerverbänden (KBV und DKG) unterschiedlich ausgelegt. Neben Fragen zur Nachweisverpflichtung sind insbesondere die Mittelverwendung für einen bestimmten Vertrag oder für mehrere Verträge sowie die Verwendung über das



---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

Jahr 2007 hinaus bis 2010 strittig. Um Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden sind auch hier gesetzliche Klarstellungen notwendig.

Darüber hinaus stoßen viele Krankenkassen bereits an die bisher im Gesetz vorgesehene 1%-Grenze für die Anschubfinanzierung. Die Verlängerung der Anschubfinanzierung sollte mit einer Erhöhung dieser Grenze einhergehen, um weiteren Integrationsprojekten gleich gute Startbedingungen einzuräumen.

### **C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

1. In § 140b Abs. 4 Satz 2 wird die Angabe "2006" durch die Angabe "2008" ersetzt.
2. § 140d Abs. 1 ist wie folgt zu fassen:
  - a. In Satz 1 wird die Angabe "2006" durch "2008" ersetzt.
  - b. Satz 5 bleibt in der bisherigen Fassung erhalten.
  - c. An Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, bei Einbehalt der Anschubfinanzierung jeweils im ersten Quartal des darauffolgenden 3. Jahres gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften einen pauschalen Mittelverwendungsnachweis abzugeben. Aus diesem Nachweis sollen die im Abzugsjahr einbehaltenen Mittel, deren Verwendung für Verträge nach § 140a sowie mögliche Rückzahlungsverpflichtungen nachvollziehbar hervorgehen. Eine Verrechnung zwischen mehreren Verträgen ist möglich. KBV, DKG und Spitzenverbände der Krankenkassen sollen zur näheren Ausgestaltung eine gemeinsame Empfehlung abgeben.“
3. In § 140d Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe "2006" durch "2008" ersetzt.
4. In § 140d Absatz 4 werden nach den Wörtern "Vergütung werden" die Wörter "bis zum 31. Dezember 2008 nur" eingefügt.
5. In § 140 d Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe "1 v. H." durch die Angabe "2 v. H." ersetzt.

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### **13. § 140 f Abs. 2 – 4 SGB V (Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten)**

#### **A. Vorschrift**

Es wird klargestellt, dass das mit dem GMG eingeführte Mitberatungsrecht in verschiedenen Gremien auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung umfasst. Die Regelung gilt für den Gemeinsamen Bundesausschuss, den Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Datentransparenz, die Landes-Berufungs- und Zulassungsausschüsse sowie die Beschlussfassungen zum Hilfsmittelverzeichnis, zur Bestimmung von Festbetragsgruppen und Festbeträgen für Hilfsmittel sowie bzgl. der Empfehlungen nach § 126 SGB V.

#### **B. Stellungnahme**

Bislang wurde Patientenvertretern insbesondere in den Landesausschüssen die Anwesenheit bei der Beschlussfassung mit Hinweis auf die Zulassungsverordnung verweigert. Die Neuregelung soll als vertrauensbildende Maßnahme dienen und eine Angleichung zu den Gepflogenheiten im G-BA herstellen, in dem Patientenvertreter bei den Beschlussfassungen anwesend sind.

Für die Bereiche zum Hilfsmittelverzeichnis, den Festbetragsgruppen und Festbeträgen für Hilfsmittel sowie bzgl. der Empfehlungen nach § 126 SGB V macht eine Anwesenheit bei der Beschlussfassung wenig Sinn. Eine sinnvolle Einflussnahme durch die Interessengruppen kann nur im Rahmen der vorgeschalteten Anhörungen erfolgen. Diese Verfahren sind insofern ausreichend geregelt. Zu bemängeln ist hier allerdings, dass Interessenvertretungen, die sich zu den spezifischen Produktgruppen gebildet haben, keine Anhörungsrechte haben.

#### **C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

Streichung des vorgeschlagenen Satz 2 in Absatz 4.

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### **14. § 140 f Abs. 5 SGB V (Reisekostenvergütung für Patientenvertreter)**

#### **A. Vorschrift**

Die im Rahmen des Mitberatungsrechts von Patientinnen und Patienten benannten sachkundigen Personen erhalten zukünftig neben einer Reisekostenvergütung auch einen Ersatz des Verdienstausfalls. Der Anspruch richtet sich wie bei den Reisekosten gegen die entsprechenden Gremien.

#### **B. Stellungnahme**

Vor dem Hintergrund, dass einige Patientenvertreter für die Wahrnehmung ihrer Beratungstätigkeit Urlaub einreichen müssen, ist eine entsprechende Regelung grundsätzlich sachgerecht. Der Finanzausschuss des G-BA hat in seiner Sitzung am 20.05. 2005 daher auch Verständnis für das entsprechende Anliegen der Patientenvertreter geäußert. Eine Finanzierung dieser Aufwandsentschädigung aus Steuermitteln wäre aus Sicht der Spitzenverbände allerdings wünschenswert und sachgerecht.

#### **C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

keine

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### **15. § 268 (Risikostrukturausgleich)**

#### **A. Vorschrift**

Die Einführung des für den 1.1.2007 vorgesehenen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs wird wegen des zwischenzeitlichen Zeitablaufes und dem Unterbleiben der Erhebung der notwendigen Daten auf den 1.1.2009 verschoben. Entsprechend wird die Verpflichtung des BMG, die nähere Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs mittels einer Rechtsverordnung vorzunehmen, zeitlich nach hinten verschoben.

#### **B. Stellungnahme**

Die Spitzenverbände werden im Rahmen des anhängigen Verfahrens zum GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz im Einzelnen Stellung beziehen.

---

**Spitzenverbände der  
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

**16. § 285 (Austausch personenbezogener Daten unter Kassenärztlichen Vereinigungen)**

**A. Vorschrift**

Die Regelung enthält redaktionelle Anpassungen wegen der GMG-Neuregelung zur Abrechnungsprüfung in § 106a. Die Ermöglichung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften macht den Austausch personenbezogener Daten unter den Kassenärztlichen Vereinigungen u.a. zu Abrechnungs- und Steuerungszwecken notwendig.

**B. Stellungnahme**

Zustimmung

**C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

keine

---

**Spitzenverbände der  
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

**17. Artikel 2 (Änderung des § 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflege-satzverordnung)**

**A. Vorschrift**

§ 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 nimmt eine Änderung in Folge der Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung vor.

**B. Stellungnahme**

Die Regelung trägt zur besseren budgettechnischen Umsetzung bei und ist daher grundsätzlich zu begrüßen. Die bisherige Fassung berücksichtigt jedoch nicht die im 4. Arbeitsentwurf GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz angekündigte Verlängerung der Anschubfinanzierung im Rahmen des VÄndG bis zumindest Ende 2008 und muss entsprechend angepasst werden.

**C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

Die Angabe „2007“ wird durch die Angabe „2009“ ersetzt.

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### **18. Artikel 3 (Änderung des § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e Krankenhausentgeltgesetzes)**

#### **A. Vorschrift**

Die Regelung sieht vor, dass ab dem Jahr 2008 alle Leistungen der integrierten Versorgung aus den Krankenhausbudgets ausgegliedert werden müssen.

#### **B. Stellungnahme**

Die Regelung trägt zur besseren budgettechnischen Umsetzung bei und ist daher grundsätzlich zu begrüßen. Die bisherige Fassung berücksichtigt jedoch nicht die im 4. Arbeitsentwurf GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz angekündigte Verlängerung der Anschubfinanzierung im Rahmen des VÄndG bis zumindest Ende 2008 und muss entsprechend angepasst werden.

#### **C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

"oder ab dem Jahr **2009** Kosten für Leistungen, die im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden und noch im Ausgangswert enthalten sind"

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### **19. Artikel 4, Nummer 1 (Änderung des § 192 Absatz 1 SGG Sozialgerichtsgesetzes (SGG) - Auferlegung von Verschuldungskosten bei missbräuchlicher Zahlungsverweigerung der „Praxisgebühr“ durch den Versicherten)**

#### **A. Vorschrift**

Vorgesehen ist, dass dem Versicherten Verschuldungskosten auferlegt werden können, wenn das Gericht feststellt, dass die Einlegung des Widerspruchs gegen den Zuzahlungsbescheid missbräuchlich war. Als verursachter Kostenbeitrag gilt dabei mindestens der Betrag nach § 184 Absatz 2 für die jeweilige Instanz (150 Euro vor dem SG, 225 Euro vor dem LSG und 300 Euro vor dem BSG). Die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung soll für den Fall, dass das Gericht dem Versicherten die genannten Verschuldungskosten auferlegt, von der Zahlung der Pauschgebühr gemäß § 184 Absatz 2 befreit sein.

#### **B. Stellungnahme**

Die vorgesehene Regelung ist vom Ansatz her zu begrüßen, ist aber nicht geeignet, das Problem der Verfahrenskosten, welches derzeit einer gerichtlichen Eintreibung der Praxisgebühr entgegensteht, vollständig zu lösen. Dies liegt daran, dass sie den Versicherten nur dann mit Verfahrenskosten belastet und die KV davon entlastet, wenn ein Fall der missbräuchlichen Rechtsverfolgung im Sinne von § 192 vorliegt. Ein solcher Fall wird aber nur in den seltensten Fällen vorliegen, weil die Anforderungen an den Missbrauchsbegriff im Sinne des § 192 sehr hoch zu stecken sind. Insbesondere reicht es hier nicht aus, dass der Rechtsstreit offensichtlich aussichtslos ist – vielmehr enthält der Vorwurf der Rechtsmissbräuchlichkeit auch ein subjektives Handlungselement (vgl. Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 4. Auflage Kapitel XII Rz. 35).

Die Neuregelung würde deshalb – abgesehen von den Ausnahmefällen, in denen eine rechtsmissbräuchliche Rechtsverfolgung im Sinne von § 192 vorliegt, dazu führen, dass die KV die Pauschgebühr nach § 184 in Höhe von 150 Euro auch dann zu zahlen hätte, wenn der Versicherte zur Zahlung der Praxisgebühr verurteilt wird. Dies steht außer Verhältnis zu dem einzutreibenden Betrag der Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro.

#### **C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

1. Nach § 186 SGG wird ein neuer § 187 SGG eingefügt. Dieser lautet:

##### **§ 187 (Entfallen der Pauschgebühr)**

„Die Gebühr entfällt in Rechtsstreitigkeiten, in denen es um die von Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen geltend gemachten Zahlungsansprüche aus Zuzahlungsverpflichtungen der Versicherten gemäß § 28



---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 43 b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geht.“

2. In § 192 Absatz 1 wird der Satz 5 gestrichen.

### **Begründung**

zu 1. Die Einführung des neuen § 187 bewirkt, dass KVen die Pauschgebühr in Höhe von 150 Euro bei Klagen wegen der Nichtzahlung der Praxisgebühr nicht entrichten müssten. Dieser Neuregelung liegt der Gedanke zugrunde, dass die Erhebung einer Pauschgebühr in Höhe von 150 Euro bei der KV bzw. KZV bei dem Zahlungsanspruch in Höhe von 10 Euro unverhältnismäßig ist. Dies gilt in besonderem Maße, weil die KV bzw. KZV die Pauschgebühr sonst auch im Falle ihres Obsiegens zu zahlen hätte. Eine Durchsetzung des Zahlungsanspruchs wäre in diesem Falle vernünftigerweise nicht mehr vertretbar.

zu 2. Es handelt sich um eine Folgeänderung. Die Regelung in Satz 5 des § 192 wird überflüssig, weil die KV in allen Rechtsstreitigkeiten von der Pauschgebühr befreit wird und nicht nur in Fällen der rechtsmissbräuchlichen Rechtsverfolgung.

### **Alternativvorschlag zum Änderungsvorschlag unter C.**

In § 197a Abs. 1 Satz 1 1. Halbsatz SGG werden nach den Wörtern “genannten Personen” folgende Wörter angefügt:

“ oder handelt es sich um Rechtsstreitigkeiten wegen der Einziehung der Zuzahlung nach § 28 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch”.

### **Begründung:**

Bei Klageverfahren zum Einzug offener Zuzahlungsbeträge (Praxisgebühr) hat es sich als hinderlich erwiesen, dass die Verfahrenskosten selbst dann bei den Kassenärztlichen Vereinigungen verbleiben, wenn diese in den Verfahren gegen säumige Zahler obsiegen. Hierbei handelt es sich gemäß § 184 Abs. 2 SGG um Pauschalgebühren in Höhe von 150 Euro, die allein in erster Instanz und unabhängig vom Ausgang des Verfahrens fällig werden, während der säumige Versicherte von jeglichen Gerichtskosten freigestellt ist.

Im Interesse einer möglichst weitgehenden Umsetzung der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz verfolgten Intention und nicht zuletzt auch zur Steigerung der Motivation von Versicherten in Bezug auf die Begleichung noch offe-

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

ner Zuzahlungsbeträge wird daher § 197a Abs. 1 SGG dahingehend geändert, dass auch in den Rechtsstreitigkeiten wegen Einziehung gesetzlicher Zuzahlungen Kosten nach den Vorschriften des Gerichtskostengesetzes (GKG) erhoben werden. Damit hätte grundsätzlich die im Streitverfahren unterliegende Partei – und damit ggf. auch der Versicherte – die Gerichts- und ggf. Anwaltskosten zu tragen, wobei die vom Versicherten im Falle des Unterliegens zu zahlenden Gerichtskosten – aufgrund des Verweises in das GKG – geringer als 150 Euro ausfallen würden. Eine Pauschgebühr würde nicht anfallen, weil § 197 a SGG regelt, dass die §§ 184-195 keine Anwendung finden (vgl. § 197 a Satz 1, 2. Halbsatz).

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### **20. Artikel 5, § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV (Vereinbarkeit vertragsärztlicher Tätigkeit mit Tätigkeit an Krankenhaus, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung)**

#### **A. Vorschrift**

Die Tätigkeit eines Arztes in oder in Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung wird für mit der vertragsärztlichen Tätigkeit vereinbar erklärt.

#### **B. Stellungnahme**

Erhebliche Bedenken. Zu befürchten sind Leistungsausweitungen im Sinne angebotsinduzierter Nachfrage, die durch Ärzte, die parallel im Krankenhaus, in der Reha- / Vorsorgeeinrichtung und in der Vertragsarztpraxis arbeiten, hervorgerufen werden. Zudem wird hingewiesen auf die Möglichkeit, die Bedarfsplanung über das ambulante Operieren (§ 115 b SGB V) zu unterlaufen. Weiter ist zu erwarten, dass die Regelung in kurzer Zeit zum Ende des Belegarztwesens führen würde. Damit die Regelung nicht zu erheblichen Kapazitätserweiterungen führt, muss zeitgleich mit ihrem Inkrafttreten ein Steuerungsinstrument vorhanden sein, das die Erfassung sämtlicher Leistungen, die der Arzt zu Lasten der GKV erbringt, ermöglicht.

Um Fehlsteuerungen zu vermeiden, sind derzeit bereits andere Rahmenbedingungen – z.B. Verträge zur Integrierten Versorgung – geeignet.

#### **C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

Die bisherige Regelung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV sollte beibehalten werden. Eine Änderung wird unterstützt unter der Voraussetzung, dass zeitgleich mit dem Inkrafttreten des VÄndG Steuerungsinstrumente zur Verfügung stehen, welche die gesamte Leistungserbringung des Arztes im Rahmen der GKV erfassen können.

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### **21. Artikel 5, § 24 Ärzte-ZV (Zweigpraxen)**

#### **A. Vorschrift**

Zweigpraxen sind in beliebiger Zahl möglich; die Eröffnung einer Zweigpraxis im gleichen KV-Bereich muss vom Vertragsarzt angezeigt werden. Liegt die Zweigpraxis außerhalb des Bereiches der KV, in der der Vertragsarzt Mitglied ist, hat der Vertragsarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen Anspruch auf Ermächtigung durch den dort zuständigen Zulassungsausschuss.

#### **B. Stellungnahme**

Zustimmung zur KV-internen Eröffnung weiterer Zweigpraxen unter der Bedingung (drohender) Unterversorgung. Würde die Regelung auch im Falle „nicht zulassungsbeschränkter Planungsbereiche“ gelten, so würde sie eher zu einer Verschärfung des Problems der Unterversorgung beitragen.

Die Eröffnung einer Zweigpraxis sollte nicht nur angezeigt werden, sondern genehmigungspflichtig sein. Die Genehmigung der Zweigpraxis sollte durch den Zulassungsausschuss oder wie bisher zumindest im Einvernehmen mit den Krankenkassen (§ 15 a BMV-Ä) erfolgen.

Als äußerst problematisch wird allerdings die Möglichkeit angesehen, Zweigpraxen KV-übergreifend zu zulassen. Es ist anzuzweifeln, dass die nunmehr vorgesehene Ermächtigung, die eine Steuerung der ärztlichen Leistungserbringung durch die jeweils betroffene KV ermöglicht, ausreichend ist, um eine Gesamtsteuerung der Leistungen des Arztes zu gewährleisten.

#### **C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

Voraussetzung für die Einführung KV-übergreifender Zweigpraxen muss die vorherige Entwicklung eines Steuerungsinstrumentes sein, das die gesamte Leistungserbringung des Arztes im Rahmen der GKV erfassen kann. Dies sollte in den Bundesmantelverträgen verankert werden.

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### **22. Artikel 5, § 25 Ärzte-ZV (Zulassung von Vertragsärzten nach Vollendung des 55. Lebensjahres bei Unterversorgung)**

#### **A. Vorschrift**

Die Zulassung von Vertragsärzten ist auch nach Vollendung des 55. Lebensjahres möglich, wenn dies zur Beseitigung von Unterversorgung erforderlich ist und die Ärzte in einem MVZ oder einer Vertragsarztpraxis angestellt werden.

#### **B. Stellungnahme**

Die Möglichkeit, bei Unterversorgung auch Vertragsärzte zulassen zu können, die das 55. Lebensjahr abgeschlossen haben, ist sinnvoll und wurde auch von den diese Stellungnahme tragenden Spitzenverbänden vorgeschlagen.

Die Regelung, dass angestellte Ärzte auch älter als 55 Jahre sein können, wenn sie zugelassen werden, sollte ausschließlich im Fall von (drohender) Unterversorgung gelten, da sich andernfalls die Problematik des Ärztemangels in strukturschwachen Gebieten noch verschärfen könnte.

#### **C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

keine

---

**Spitzenverbände der  
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

**23. Artikel 5, § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV (Regelung des zahlenmäßigen Umfangs der Beschäftigung angestellter Ärzte in den Bundesmantelverträgen)**

**A. Vorschrift**

Die Regelung beauftragt die Partner der Bundesmantelverträge, einheitliche Regelungen über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Ärzte vorzunehmen.

**B. Stellungnahme**

Es ist sinnvoll, die Zahl der angestellten Ärzte einheitlich zu regeln.

**C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

keine

---

**Spitzenverbände der  
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

**24. Artikel 5, § 33 Abs. 1 Ärzte-ZV (Gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten in MVZ)**

**A. Vorschrift**

In MVZ ist die gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten zulässig.

**B. Stellungnahme**

Sinnvolle Regelung.

**C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

keine

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### **25. Artikel 5, § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV (Berufsausübungsgemeinschaften)**

#### **A. Vorschrift**

Wie in der Musterberufsordnung bereits vorgesehen, sollen zukünftig auch laut Vertragsarztrecht „Berufsausübungsgemeinschaften“ von Ärzten zugelassen werden können. Die Berufsausübung kann sich auch auf einzelne Leistungen erstrecken (Ausnahme: Erbringung medizinisch-technischer Leistungen). Ein Arzt kann verschiedenen Berufsausübungsgemeinschaften angehören. Die Berufsausübungsgemeinschaft ist definiert für Vertragsärzte an einem gemeinsamen Vertragsarztsitz. Zulässig sollen jedoch auch überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften sein (mehrere Vertragsarztsitze innerhalb eines KV-Bezirktes) sowie, unter bestimmten Bedingungen, KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaften. Bei KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften erfolgen die Abrechnung, Wirtschaftlichkeitsprüfung etc. über den von der Berufsausübungsgemeinschaft angegebenen Vertragsarztsitz.

#### **B. Stellungnahme**

Für die Durchführung von KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften ist eine Regelung gefunden worden, wie sie unter Beibehaltung der bisher gültigen Abrechnungs- und Steuerungsinstrumente umgesetzt werden können: Die Berufsausübungsgemeinschaft rechnet über eine benannte Vertragsarztpraxis ab, die für diese Praxis zuständige KV führt die Prüfungen durch und ist zum Datenaustausch mit den KVen der anderen beteiligten Vertragsarztpraxen berechtigt. Die Regelung bringt einen hohen Koordinationsaufwand mit sich; es bleibt zu prüfen, ob die Steuerung der Berufsausübungsgemeinschaften auf diese Weise funktioniert und Leistungsausweitungen verhindert werden können.

#### **C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

Die Einführung von Berufsausübungsgemeinschaften innerhalb der KV-Grenzen wird befürwortet.

Die Einführung KV-übergreifender Berufsausübungsgemeinschaften sollte erst dann erfolgen, wenn ein Gesamtsteuerungsinstrument entwickelt worden ist, das die Erfassung der vertragsärztlichen Leistungserbringung über die KV- und Sektorgrenzen hinweg zuverlässig gewährleistet.



---

**Spitzenverbände der  
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

**26. Artikel 5, § 36 Abs. 2 (neu), und § 41 Abs. 1 und Abs. 5 Ärzte-ZV**

**A. Vorschrift**

Klarstellung, dass Patientenvertreter zu den Sitzungen des Zulassungsausschusses geladen werden und ein Recht auf Anwesenheit bei der Beratung und Beschlussfassung haben.

**B. Stellungnahme**

Zustimmung.

**C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

keine

---

**Spitzenverbände der  
gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

**27. Artikel 5, § 46 Ärzte-ZV**

**A. Vorschrift**

Erhöhung der Verfahrens- und Verwaltungsgebühren um das Vierfache

**B. Stellungnahme**

Es handelt sich um eine überfällige, bereits mehrfach eingeforderte Regelung.

**C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

keine

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### **28. Artikel 7 (Aufhebung der 6. Gebührenanpassungsverordnung)**

#### **A. Vorschrift**

Durch die Aufhebung der 6. Gebührenanpassungsverordnung entfällt der Vergütungsabschlag i.H.v. 10 v.H. für in den neuen Ländern erbrachte privatärztliche Leistungen nach der GOÄ, privat Zahnärztliche Leistungen nach der GOZ, Leistungen nichtärztlicher Psychotherapeuten sowie Leistungen freiberuflicher Hebammen.

#### **B. Stellungnahme**

Die Anhebung der Vergütung der Leistungen freiberuflicher Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe der gesetzlichen Krankenversicherung wird aufgrund der damit verbundenen Mehrkosten abgelehnt.

#### **C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

Aufrechterhaltung der Regelungen der 6. Gebührenanpassungsverordnung soweit sie die Vergütung der Leistungen freiberuflicher Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen.

---

## **Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**

Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (VÄndG)

---

### **29. Artikel 8 (Inkrafttreten des VÄndG)**

#### **A. Vorschrift**

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz soll zum 1. Januar 2007 in Kraft treten.

#### **B. Stellungnahme**

Das Inkrafttreten des VändG wird erhebliche Auswirkungen auf die Ausgestaltung der vertragsärztlichen Versorgung haben. Im Nachgang müssen allein auf Bundesebene nahezu alle untergesetzlichen Normen angepasst werden – von den Bedarfsplanungs- und den Angestellte-Ärzte-Richtlinien über die Bundesmantelverträge, die Vereinbarungen zur Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 2 SGB V, den EBM, die Richtlinien zur Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung bis zu dem Vertrag über den Datenträgeraustausch. Darüber hinaus bedarf es der Entwicklung und Einführung einer neuen, bundeweit gültigen Arztabrechnungsnummer sowie der Anpassung sämtlicher Vordrucke und der Arztabrechnungssoftware an die vorzunehmenden Änderungen. Um die Steuerungsfähigkeit des Systems aufrecht zu erhalten, muss angestrebt werden, dass die genannten untergesetzlichen Normen zeitgleich mit den gesetzlichen Bestimmungen in Kraft treten.

#### **C. Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche**

Die Änderungen der vertragsärztlichen Versorgung durch VändG treten erst zum 01.07.2007 in Kraft.

**Stellungnahme zum  
Entwurf eines Gesetzes  
zur Änderung des  
Vertragsarztrechts und anderer Gesetze  
(Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG)**

**Berlin**

**9. 10. 2006**

Kontakt:

**Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) e.V.**

Fachbereich Gesundheit und Ernährung

**Markgrafenstr. 66, 10969 Berlin**

Tel. 030-25800432, Fax: 030-25800418

Email: [isenberg@vzbv.de](mailto:isenberg@vzbv.de), [etgeton@vzbv.de](mailto:etgeton@vzbv.de), [www.vzbv.de](http://www.vzbv.de)

## Stellungnahme zum Entwurf des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄG)

### Vorbemerkung

In dem vorgelegten Entwurf für ein Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts sind Änderungen folgender Gesetze und Verordnungen vorgesehen:

- § Sozialgesetzbuch V (Artikel 1),
- § Bundespflegegesetzverordnung (Artikel 2),
- § Krankenhausentgeltgesetz (Artikel 3),
- § Sozialgerichtsgesetz (Artikel 4),
- § Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Artikel 5)
- § Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Artikel 6)
- § Gebührenanpassungsverordnung (Artikel 7)

Ziel des Gesetzes ist zum einen die Umsetzung der im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD vereinbarten Liberalisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie von Maßnahmen zur künftigen Sicherstellung der Versorgung angesichts akuter bzw. mittelfristiger Engpässe insbesondere in den neuen Bundesländern. Zum anderen geht es um die Weiterentwicklung bzw. Nachjustierung der im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeleiteten Reformen des Versorgungssystems, d.h. insbesondere:

- § rechtliche Klarstellungen zum Betrieb von medizinischen Versorgungszentren,
- § die Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung,
- § die Übertragung der Mahn- und Gerichtskosten auf Versicherte, die ihre Praxisgebühr verweigern,
- § die Verbesserung der Patientenbeteiligung auf Bundes- und Landesebene sowie
- § die zeitliche Verschiebung der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und der Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems.

Darüber hinaus sollen Beschlüsse des Deutschen Ärzte- und des Deutschen Zahnärztetages aus dem Jahr 2004 zur Liberalisierung und Flexibilisierung der Berufsrechts in das Vertrags(zahn)arztrecht übertragen werden.

### Stellungnahme

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) nimmt zu den einzelnen Maßnahmen wie folgt Stellung:

#### 1. Vertragsrechtliche Regelungen zur Liberalisierung der ärztlichen Berufsausübung

Mit diesem Maßnahmenbündel, die sowohl das Sozialgesetzbuch V als auch die Zulassungsverordnungen der Vertragsärzte und -zahnärzte betreffen, sollen die Gestaltungsmöglichkeiten für die vertragsärztliche Tätigkeit und die ärztliche Berufsausübung erweitert werden:

- a) §§ 20 Abs. 2 und 32b (Zahn)ArztZV: Die gesetzliche Ermöglichung der Anstellung von Ärzten sowohl innerhalb der vertragsärztlichen als auch sektorübergreifend erweitert die Optionen von Ärztinnen und Ärzten, die als Alternative zur freiberuflichen Tätigkeit als Angestellte an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen wollen. Der vzbv begrüßt diese Regelung. Dass die angestellten Ärztinnen und Ärzte ebenfalls wahlberechtigte Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung werden (§ 77 Abs. 3 SGB V), ist daher konsequent.
- b) § 24 (Zahn)ArztZV: Die Erweiterung der Tätigkeit des Vertragsarztes über seinen Arztsitz und den Bezirk seiner kassenärztlichen Vereinigung (KV) hinaus kann dazu

## Stellungnahme zum Entwurf des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄG)

beitragen, Engpässe in der Versorgung aufzulösen. Die Möglichkeit setzt jedoch eine stringente und die KV-Bezirke übergreifende Bedarfsplanung voraus.

- c) § 33 Abs. 2 (Zahn)ArztZV: Die Erlaubnis zu Bildung von örtlichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften ermöglicht eine stärkere auch berufs- und fachübergreifende Zusammenarbeit von Ärzten und anderen Heilberufen und ist im Sinne einer stärker kooperativ und interdisziplinär ausgerichteten Versorgung zu befürworten.
- d) §§ 95 Abs. 3 Satz 1, 98 Abs. 2 und 85 Abs. 4 SGB V sowie §§ 18 und 19a (Zahn)ArztZV: Die Ermöglichung von „Teilzulassungen“ mit halbem Versorgungsauftrag flexibilisiert die Arbeitszeitstrukturen der vertragsärztlichen Versorgung auch für freiberuflich tätige Ärzte und Ärztinnen. Damit wird die vertragsärztliche Tätigkeit offener für individuelle Arbeitszeitmodelle und eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf. Diese Regelung dürfte insbesondere in der psychotherapeutischen Versorgung zu Verbesserungen führen, weil einzelne Psychotherapeuten mit Vollzulassung nur wenige Stunden in der Woche vertragsärztlich tätig sind.

*Der vzbv begrüßt diese Regelungen zur Liberalisierung der ärztlichen Berufsausübung, weil damit die traditionelle Bindung der ambulanten ärztlichen Berufsausübung an die Freiberuflichkeit zumindest gelockert wird.*

## 2. Vertragsrechtliche Regelungen bezüglich der Organisation von medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

In diesem Regelungskomplex sollen praktische Probleme bei der Umsetzung der mit dem GMG ermöglichten Einführung von MVZ beseitigt werden.

- a) § 95 Abs. 1 Satz 3ff SGB V: Die Regelung stellt klar, unter welchen Voraussetzungen ein MVZ als „fachübergreifend“ zu bezeichnen ist. Damit werden Probleme bei der Zulassung von MVZ behoben. Obgleich der Gesetzgeber eine fachübergreifende Arbeit generell fördern will, darf diese doch nicht zu einem Einstiegshindernis für neue Versorgungsformen werden. Die Klarstellung ist daher ebenso zu befürworten, wie die Regelung in § 95 Abs. 6 Satz 2 SGB V, wonach ein MVZ auch bei Wegfall einer Gründungsvoraussetzung bis zu sechs Monate weiter betrieben werden kann, bis die Voraussetzung wieder erfüllt ist.
- b) § 95 Abs. 2 Satz 6: Die Festlegung, dass die Betreiber eines MVZ unabhängig von seiner Rechtsform selbstschuldnerisch für Forderungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Krankenkasse eintreten überträgt das Haftungsrisiko auf die Gesellschafter und sichert die Versicherungsgemeinschaft gegen von ihr nicht zu verantwortende Kosten, etwa im Fall einer Insolvenz, ab.
- c) §§ 20 Abs. 2 und 32b (Zahn)ArztZV: Die Erlaubnis für Krankenhausärzte, in einem MVZ angestellt zu sein, ergibt sich aus den Regelungen zur Liberalisierung der ärztlichen Berufsausübung (s.o. 1. a)). Krankenhäuser, die als Träger eines MVZ fungieren können, sind in ihrer Personalplanung somit freier. Die Regelung leistet somit einen Beitrag zu mehr sektorübergreifendem Wettbewerb um die beste fachärztliche Versorgung.

*Die Regelungen bezüglich der Organisation von medizinischen Versorgungszentren sind aus Sicht des vzbv geeignet, die Rahmenbedingungen der unterschiedlichen Versor-*

## Stellungnahme zum Entwurf des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄG)

*gungsformen berufs-, fach- und sektorübergreifend weiterzuentwickeln und faire Wettbewerbsvoraussetzungen zu schaffen.*

### 3. Vertragsrechtliche Regelungen zur Abmilderung von regionalen Versorgungsproblemen

- a) *§ 95 Abs. 7 Sätze 8-10 SGB V sowie § 25 (Zahn)ArztZV: Mit der regional begrenzten Aufhebung der Altersbegrenzung für Erstzulassung und ärztliche Tätigkeit in Gebieten mit Unterversorgung können zukünftig auch Ärzte über 55 Jahren eine Zulassung erhalten und auch über das 68. Lebensjahr hinaus praktizieren. Diese Regelung kann dazu beitragen, Versorgungsengpässe vor Ort zu beseitigen.*
- b) *Aufhebung der 6. Gebührenanpassungsverordnung: Die Angleichung der Gebührensätze für die privatärztliche Versorgung in den neuen an die der alten Bundesländer schafft einen weiteren Anreiz für Ärztinnen und Ärzte, sich in den neuen Bundesländern niederzulassen und ist daher zu begrüßen.*

### 4. Patientenbeteiligung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung

In der Koalitionsvereinbarung zwischen CDU, CSU und SPD ist davon die Rede „die Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten auszubauen“. Diesem Anspruch wird der vorliegende Gesetzentwurf nicht gerecht. Vielmehr wird klargestellt, was der Gesetzgeber mit den entsprechenden Regelungen des GMG in den §§ 140f und 140g intendiert hat. In der Praxis hat sich nämlich herausgestellt, dass insbesondere auf Landesebene Inkonsistenzen zwischen SGB V und der Zulassungsverordnung herangezogen wurden, um die Beteiligungsrechte der Patientenvertreter zu beschneiden. Durch die im Gesetzentwurf vorgenommenen Anpassungen werden diese Beteiligungsrechte präzisiert und bestätigt, aber in der Substanz nicht erweitert. Im Hinblick jedoch auf die zu erwartenden Veränderungen der Strukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung, insbesondere des Gemeinsamen Bundesausschusses, wären weitergehende Maßnahmen nicht nur wünschenswert, sondern unbedingt erforderlich.

- a) *§ 140f Abs. 2-4 SGB V sowie §§ 36, 41 und 42 (Zahn)ArztZV: Sicherung der Verfahrensrechte der Patientenvertreter – Die Neuregelung stellt klar, dass für die Patientenvertreter in den Zulassungsausschüssen dieselben Einladungsmodalitäten (Tagessordnung und Fristen) gelten wie für die anderen Mitglieder. Mit dem Gesetzentwurf werden ferner Unstimmigkeiten zwischen dem Sozialgesetzbuch V und der Zulassungsverordnung im Hinblick auf die Verfahrensrechte der Patientenvertreter in den Landes-, Zulassungs- und Berufungsausschüssen beseitigt. Das Anwesenheitsrecht der Patientenvertreter bei Beratung und Beschlussfassung soll nunmehr gleichlautend in beiden Rechtsvorschriften geregelt werden. Diese Klarstellungen sind zu begrüßen. Da bislang den Patientenvertretern auf Landesebene im Unterschied zum Gemeinsamen Bundesausschuss oftmals keine Sitzungsprotokolle ausgehändigt wurden, wird darüber hinaus in §§ 41f der Zulassungsverordnungen ausdrücklich festgelegt, dass den Patientenvertretern nach § 140f Abschriften der Beschlüsse sowie die Mitschrift der Beratungen in Kopie zu übermitteln sind.*
- b) *§ 140f Abs. 3 SGB V sowie § 40 (Zahn)ArztZV: Ausbau der Verfahrensrechte der Patientenvertreter auf Landesebene – Der vzbv fordert darüber hinaus weitergehende*



Regelungen im Hinblick auf die Beteiligungsrechte. Hier wäre unbedingt in Analogie zum Gemeinsamen Bundesausschuss auch ein *Antragsrecht* für die Patientenvertreter – zumindest in Verfahrensfragen – zu ergänzen, wie es in der jüngsten Neufassung der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses noch einmal ausdrücklich festgeschrieben wurde. Am einfachsten und konsequentesten wäre es, die Patientenvertreter auch formal wie Mitglieder ohne Stimmrecht zu behandeln. *Der vzbv schlägt daher vor, das Antragsrecht der Patientenvertreter in Analogie zu § 140f Abs. 2 Satz 4 auch für die Patientenvertreter auf Landesebene in § 140f Abs. 3 sowie in § 40 der Zulassungsverordnung zu verankern.*

- c) § 140f Abs. 3 und 4 SGB V: *Ausbau der Patientenbeteiligung* – Der Zielsetzung des Koalitionsvertrages zwischen CDU/CSU und SPD, die Patientenbeteiligung auszubauen, wird der Gesetzentwurf noch nicht gerecht. In der Praxis hat sich gezeigt, dass die in den Landes-, Zulassungs- und Berufungsausschüssen behandelten Fragen nur einen Teil der für die Versorgung der Patientinnen und Patienten relevanten Themen umfasst. Weitere Beteiligungsoptionen auf Bundes-, aber insbesondere auf Landesebene sind dort einzuräumen, wo die Vertragspartner der Gemeinsamen Selbstverwaltung versorgungsrelevante Vereinbarungen aushandeln. Je nach Gegenstand kann hier zwischen Entscheidungs-, Beratungs- oder Verfahrensbeteiligung differenziert werden. Dazu gehören u.a.:
- Rahmen- und Gesamtverträge (§§ 82 ff) sowie weitere Vereinbarungen zur finanziellen Bewertung ärztlicher und nichtärztlicher Leistungen auf Landesebene
  - Strukturverträge (§ 73a, b, c) sowie Verträge zur integrierten Versorgung (§ 140b)
  - Vereinbarungen und Institutionen zur ambulanten und stationären Qualitätssicherung auf Landesebene
- d) § 140f Abs. 5 SGB V: *Aufwandsentschädigung* – Mit der Änderung des § 140f SGB V soll den Patientenvertretern neben den bisher schon erstatteten Reisekosten in Zukunft auch eine Aufwandsentschädigung und der Ersatz eines gegebenenfalls auftretenden Verdienstausfalls gewährt werden. Dies entspricht einer gemeinsamen Forderung aller maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss. Der vzbv begrüßt daher diese Regelung ausdrücklich, weil damit sachkundigen Personen von der Patientenseite eine Teilnahme an den entsprechenden Gremien erleichtert wird.
- e) § 140f SGB V: Über die Erstattung des Aufwands für die sachkundigen Personen hinaus ist eine Unterstützung der sie entsendenden Organisationen aus Sicht des vzbv unerlässlich, um den Koordinierungs- und Qualifizierungsbedarf abzudecken, der bei der Umsetzung der Patientenbeteiligungsverordnung nach § 140g SGB V bei den jeweiligen Organisationen, z.B. zur Herstellung des gesetzlich geforderten Einvernehmens, entsteht. Diese Unterstützung der Patientenseite gewinnt insbesondere angesichts der Pläne der Koalition an Bedeutung, im Zuge der Gesundheitsreform die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses zu professionalisieren und die Entscheidungsabläufe zu straffen. Die maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung streben keine Hauptamtlichkeit der Patientenvertreter an, weil damit die Glaubwürdigkeit der Patientenbeteiligung beschädigt würde. Um aber der Beschleunigung von Entscheidungsprozessen im Gemeinsamen Bundesausschuss entsprechen zu können, bedarf es einer gezielten Unterstützung der Patientenverbände bei der Wahrnehmung ihrer Beteiligungsrechte. Geschähe dies nicht, würde die Professionalisierung der Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung faktisch zu einer Beschneidung der Patientenbeteiligung führen, die sich in den vergangenen Jahren allseitig bewährt hat. Diese notwendige Unterstützung kann sich direkt an die maßgeb-

## Stellungnahme zum Entwurf des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄG)

lichen Organisationen richten oder über die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses erbracht werden. Entsprechende Regelungen wären in § 140f SGB V zu ergänzen.

### 5. Sonstige die vertragsärztliche Versorgung betreffende gesetzliche Regelungen

- a) § 95 Abs. 9a SGB V: Die *Anstellung von Hochschullehrern der Allgemeinmedizin in MVZ* erlaubt es Lehrkräften den praktischen Bezug zur hausärztlichen Versorgung zu erhalten. Diese Regelung ist im Sinne einer praxisnahen Ausbildung junger Ärztinnen und Ärzte zu befürworten.
- b) § 192 SSG sowie § 43b Abs. 2 SGB V: *Mahn- und Gerichtskosten zur Eintreibung der Praxisgebühr* werden zukünftig beim Versicherten geltend gemacht. Diese Regelung ist notwendig geworden, weil eine gewisse Anzahl von Versicherten der gesetzlichen Verpflichtung zur Entrichtung der Praxisgebühr nicht nachgekommen sind.
- c) § 268 SGB V: Die Verschiebung des Zeitpunkts für die *Einführung einer Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich* auf den 1.1.2009 ist zu den im Gesetz vorgeschriebenen Fristen nicht mehr möglich und sollte auch in einem Zuge mit der Reform des Vergütungssystem verhandelt werden. Auch hier sind jedoch weitere Verzögerungen nicht akzeptabel.
- d) § 140 b und d SGB V: Die Verlängerung der *Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung* ist zu begrüßen. Allerdings sollten die Vertragspartner vom Gesetzgeber verpflichtet werden, ihre Verträge zur integrierten Versorgung offen zu legen. Darüber hinaus herrscht über die Qualität der unterschiedlichen Programme derzeit keine Transparenz. Daher wäre es sinnvoll, die Projekte zur integrierten Versorgung in ein System der externen vergleichenden Qualitätssicherung einzubeziehen und die Ergebnisse den Versicherten in verständlicher Form zugänglich zu machen.

VERBAND PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUTEN IM BDP E. V.  
Glinkastrasse 5 - 7 • 10117 Berlin

KORRESPONDENZADRESSE

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Platz der Republik 1

11011 Berlin  
E-Mail: [gesundheitsausschuss@bundestag.de](mailto:gesundheitsausschuss@bundestag.de)

Bundesgeschäftsstelle des VPP  
Vorsitzender: Heinrich Bertram  
Geschäftsstelle :  
Glinkastrasse 5 - 7  
10117 Berlin  
Mo, Di, Do u. Fr: 11.00 - 13.00 h  
Tel.: 030 / 20 63 99 - 0  
Fax: 030 / 20 63 99 - 12  
e-mail: [info@vpp.org](mailto:info@vpp.org)  
Internet: [www.vpp.org](http://www.vpp.org)

15. Oktober 2006

**Betr: Anhörung zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz am 18.10.2006**  
**hier: Stellungnahme des VPP im BDP zum VÄndG**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der VPP vertritt rund 3.000 approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus dem gesamten Bundesgebiet und gehört damit zu den mitgliederstärksten psychotherapeutischen Berufsverbänden.

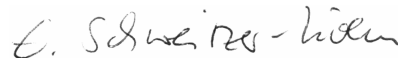
Bedauerlicherweise haben wir nicht die Möglichkeit, bei der o.g. Anhörung als Sachverständige aufzutreten. Deshalb möchten wir Ihnen mit diesem Schreiben die Stellungnahme unseres Verbandes zum VÄndG zur Kenntnis geben. Der VPP sieht insbesondere beim Punkt „Teilzulassung“ Klärungsbedarf.

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns zukünftig verstärkt die Gelegenheit geben würden, zur aktuellen Berufspolitik Stellung zu beziehen, sofern Belange von Psychotherapeuten zur Debatte stehen.

Mit freundlichen Grüßen



Heinrich Bertram  
Vorsitzender des VPP im BDP



Eva Schweitzer-Köhn  
Stellvertr. Vorsitzende des VPP im BDP

C:\DOKUME-1\WERSTE-1\LOKALE-1\TEMP\VPP-ANSCHREIBEN-GA-15-10-2006.DOC

BERUFSVERBAND DEUTSCHER PSYCHOLOGINNEN UND PSYCHOLOGEN e.V. · BDP · GEGRÜNDET 1946

BUNDESVORSTAND VPP  
DIPL.-PSYCH. HEINRICH BERTRAM  
DIPL.-PSYCH. EVA-MARIA SCHWEITZER-KÖHN  
DIPL.-PSYCH. HANS-WERNER STECKER

VPP-BUNDESGESCHÄFTSSTELLE  
GLINKASTRASSE 5-7 • 10117 BERLIN  
TEL.: 030/206399-0  
[HTTP://www.vpp.org](http://www.vpp.org) • EMAIL: [INFO@VPP.ORG](mailto:INFO@VPP.ORG)  
BANKVERBINDUNG: DRESDNER BANK  
KONTO-NR: 2 143 045-01 – BLZ: 370 800 40

VORSTAND BDP  
DIPL.-PSYCH. CAROLA BRÜCHER-ALBERS  
DIPL.-PSYCH. UWE WETTER  
DIPL.-PSYCH. JULIA SCHARNHORST

**Stellungnahme des Verbandes Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP) im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V. zum Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - VÄndG)**

Der VPP begrüßt grundsätzlich die Intention der Flexibilisierung der Arbeitsmöglichkeiten für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der GKV. Der VPP begrüßt ebenfalls die prinzipielle Möglichkeit der Zusammenarbeit von Psychotherapeuten und Ärzten in Berufsausübungsgemeinschaften.

**MVZ und ärztliche Leitung**

Ob und wann Psychotherapeuten die „ärztliche Leitung“ eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) übernehmen können, ist schon nach der bestehenden Rechtslage nicht ganz eindeutig. Die im Rahmen des Gesetzentwurfes vorgesehene kooperative Leitung eines MVZ ist ein entscheidender Fortschritt gegenüber der jetzigen Vorgabe einer ausschließlich ärztlichen Leitung.

Dringend erwünscht ist allerdings zur Klarstellung, dass in der Begründung zu Nr. 5 (§ 95), Buchstabe a, im Erläuterungssatz zu einer kooperativen Leitung (letzter Satz) zusätzlich zum Beispiel Arzt-Zahnarzt auch das Beispiel Arzt-Psychologischer Psychotherapeut aufgeführt wird (S. 18 der Begründung).

**Getrennte Bedarfsplanung für Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche**

Ob durch die Flexibilisierung tatsächlich Versorgungslücken geschlossen werden können, was als eines der Ziele des VÄndG gilt, scheint zumindest für den psychotherapeutischen Bereich fraglich, sofern an der sog. Bedarfsplanung grundsätzlich nichts geändert wird. In Anbetracht der Vorgabe der Kostenneutralität für Krankenkassen und Wirtschaft ist die Beitragsstabilität derzeit das oberste Gebot; dies setzt einer Verbesserung der Versorgung Grenzen bzw. könnte zu Lasten der VertragsärztInnen und -psychotherapeutInnen gelöst werden. Besonders dramatisch ist dies im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Eine Bedarfsplanung, die willkürlich die Zahl der zugelassenen psychotherapeutischen BehandlerInnen am 31.8.1999 als Soll ansetzt, wobei eine große Zahl von vorher in der GKV arbeitenden BehandlerInnen durch das sog. Zeitfenster nicht zugelassen wurden, produziert ein strukturelles Versorgungsdefizit, das auch durch flexiblere Möglichkeiten in der Niederlassung von PsychotherapeutInnen nicht aufgefangen werden kann.

**Jobsharing statt Teilzulassung**

Das Modell der Teilzulassung taugt allenfalls als Altersteilzeitmodell, nicht als zeitgemäßes, auch an die Bedürfnisse von Familien angepasstes Modell. Kein Elternteil wird auf Teilzulassung wechseln können, wenn - wie im Regelfall gesperrter Gebiete - nach dem VÄndG die Rückkehr zur Vollzulassung verwehrt ist. Beim Altersteilzeitmodell würde es im Falle des Verkaufs der Praxis den Verlust der Hälfte des Erlöses nach sich ziehen, obwohl die Investitionen für den halben wie für den ganzen Versorgungsauftrag die gleichen wären.

Künftig soll der Zulassungsausschuss, so der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum VÄndG vom 7. Juli 2006, die Möglichkeit erhalten, "die Zulassung nur hälftig ruhen zu lassen oder hälftig zu entziehen". Dies soll es dem Ausschuss erlauben, "angemessener auf die vom Vertragsarzt persönlich wahrgenommenen Umfang der Versorgung zu reagieren". Diesem Änderungsvorschlag hatte die Bundesregierung „vorbehaltlich einer rechtsförmlichen Überarbeitung grundsätzlich zugestimmt“.

Der VPP wendet sich gegen diese Änderung und fordert stattdessen verbesserte Bedingungen für das Job-Sharing. Begründung: Es erscheint problematisch, den "vollen Versorgungsauftrag" zu definieren, aus dem dann ein "häftiger Versorgungsauftrag" abgeleitet werden könnte: Verfügbarkeit oder abrechnete Behandlungen? Hier gibt es eine weite Streuung der Auslastung in allen Fachgruppen. Und: Die Arbeitszeit einer Psychotherapeutin bzw. eines Psychotherapeuten ist weit umfangreicher als die Behandlungszeit! In den definierten unterversorgten Gebieten würde diese Regelung zudem keine zusätzlichen BehandlerInnen ins System bringen, da hier noch ganze Kassenarztsitze zur Verfügung stünden. Es könnte ungeheurer Druck auf BehandlerInnen entstehen, die z.B. aufgrund von Krankheit, Alter oder Kindererziehung ihre Arbeitszeit reduzieren müssen.

Unter den bisherigen Bedingungen durch enge Fallzahl- bzw. Leistungszuwachsgrenzen kann dann oft kein hinreichend attraktives Jobsharing-Angebot für eine Praxispartnerin oder einen Praxispartner mehr gemacht werden, da sich die Leistungsmenge des Praxisinhabers im Fall von Krankheit oder Schwangerschaft bereits reduziert hat. Deshalb hält der VPP eine Änderung der Bedingungen des Job-Sharing an dieser Stelle für eine sinnvolle und praktikable Lösung und wendet sich entschieden gegen das vorgeschlagene Eingriffsrecht der Zulassungsausschüsse. Bei hälftigem Verzicht oder bei hälftiger Entziehung sollte aber zumindest der Verkauf einer halben Praxis möglich sein.

Dazu müsste § 101 Abs.1 Nr.4 und Nr.5 SGB V derart flexibilisiert werden, dass eine Steigerung des Praxisumfangs in dem Maße möglich ist, wie es auch Einzelpraxen möglich ist. Behauptungen, das sei mit der Bedarfsplanung nicht vereinbar, sind nicht nachvollziehbar.

### **Praxisgebühr**

Weiterhin vermisst der VPP eine Klarstellung zur Praxisgebühr insofern, als dass die zweimalige Zahlung der Praxisgebühr bei Inanspruchnahme von ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen nicht erforderlich ist. In der Begründung zu Nummer 1 (§43b Abs.2 SGB V) ließe sich dies durch einen Hinweis erledigen, dass eine gesetzliche Erfassung dieses Sachverhalts nicht erforderlich ist, weil mit den Bundesmantelverträgen (BMV) klar ist, dass die Gebühr nur einmal anfällt.

### **PPT mit Qualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen benachteiligt**

Der fehlenden getrennten Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird bisher durch Sonderbedarfszulassungen begegnet. Es zeigt sich allerdings, dass davon nur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) profitieren: Die Ausschüsse tun sich sehr schwer mit Bewerbern, die als Psychologische Psychotherapeuten (PPT) die Zusatzqualifikation nach § 6 Abs.4 Psychotherapie-Vereinbarungen vorweisen können. Obwohl im System eigentlich beide gleichberechtigt und gleichrangig sind, werden diese Psychologischen Psychotherapeuten in aller Regel übergangen.

Nur vermutet werden kann, dass die Ausschüsse insgeheim befürchten, die Zulassung solcher Psychologischen Psychotherapeuten werde als qualitative Sonderbedarfszulassung mit der Folge der Aufhebung der Beschränkung nach 5 Jahren gem. Nr. 25 der Bedarfsplanungsrichtlinien gewertet oder aber es fehle den Ausschüssen in Hinblick auf Art.12 GG die gesetzliche Erlaubnis, PPT auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu beschränken.

Die Folge ist, dass in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen Behandler mit dem Background grundständischen psychologischen Wissens kaum noch Fuß fassen können, denn KJP sind überwiegend Pädagogen. Es bedarf der gesetzlichen Sicherstellung, dass bei (Sonder)Bedarf auf diesem Gebiet, PPT mit Zusatzqualifikation und KJP gleichberechtigt sind. Eine Regelung, wonach Psychotherapeuten bei entsprechender Zusatzqualifikation die Beschränkung der Zulassung auf

die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen beantragen können, ließe sich den geplanten Regelungen des § 105a SGB V oder des § 19a Zulassungsverordnung anfügen. Damit würde der ursprünglichen Intention des PsychThG Rechnung getragen.

### **Psychotherapeutisches Hilfspersonal**

Es fehlt nach wie vor in § 28 Abs.3 SGB V eine Entsprechung zu § 28 Abs.1 Satz 2 SGB V. Während trotz unklarer Rechtslage immer wieder zu hören ist, dass Psychiater oder ärztliche Psychotherapeuten - allem Anschein nach unter Berufung auf eine alte Regelung in der Musterberufsordnung der Ärzte - Psychologen als ärztliches Hilfspersonal beschäftigen, ist dies psychologischen Psychotherapeuten nicht möglich, obwohl dieser Unterschied nicht plausibel ist. In dem Maße, wie auch Ärzten die Delegation möglich ist, ohne dass deren Grenzen im SGB V konkreter geregelt sind, sollte dies auch den Psychotherapeuten möglich sein. Denkbar ist eine Konkretisierung hinsichtlich der Delegation im nachgesetzlichen Bereich (BMV oder PT-RiLi).

*Heinrich Bertram*

Bundsvorsitzender des VPP im BDP

*Eva Schweitzer-Köhn*

Stellvertr. Bundsvorsitzende des VPP im BDP

# PSYCHOTHERAPIEVERBÄNDE GESPRÄCHSKREIS II

GK II, c/o bvvp, Schwimmbadstr. 22, 79100 Freiburg

---

Frau  
MdB Dr. Martina Bunge  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

**KORRESPONDENZADRESSE:**  
Geschäftsstelle des bvvp  
Schwimmbadstr. 22  
79100 Freiburg  
Tel.: 0761- 7910245  
Fax: 0761- 7910243  
e-mail-Adresse: bvvp@bvvp.de

Freiburg, den 31.07.2006

## **Beschluss des Gesundheitsausschusses des Bundesrates zum Gesetzentwurf zur Veränderung des Vertragsarztrechts (VÄndG) – Entzug von halben Vertragsarztsitzen**

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

Mit diesem Schreiben wenden wir uns an Sie mit der Bitte, die im Folgenden dargelegten Bedenken in Bezug auf einen Beschluss des Gesundheitsausschusses des Bundesrates zum VÄndG-Entwurf bei Ihrer Arbeit am Gesetzestext mit einzubeziehen.

Die im Gesprächskreis II (GK II) zusammengeschlossenen psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände begrüßen grundsätzlich die Intention der Flexibilisierung der Kooperationsformen aller an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsgruppen und der Zusammenarbeit zwischen ambulanten, stationären und teilstationären Einrichtungen und Beratungsstellen.

Wesentliche Bedenken möchten wir jedoch vortragen zum Beschluss des Bundesrates, der vorsieht, dass künftig vom Zulassungsausschuss halbe Zulassungen – statt einer ganzen – entzogen werden können sollten (Artikel 1 Nr. 5). Der bisher vorliegende Gesetzentwurf geht noch von einer freiwilligen Abgabe des hälftigen Versorgungsauftrags aus. Der Antrag des Bundesrats stellt insofern eine Verschärfung dar, als er die Eingriffswahrscheinlichkeit und die vorangehende Überprüfungsichte absehbar erhöhen wird, weil bisher unbeanstandete Verringerungen des Auslastungsgrades ein Verfahren zum Entzug der halben Zulassung begründen können.

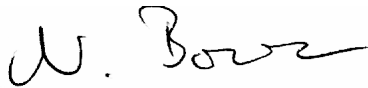
Der Beschluss setzt voraus, dass konkret und rechtssicher definiert werden könnte, durch welchen Behandlungsumfang das Kriterium des vollen resp. halben Versorgungsauftrags charakterisiert werden könnte. Eine wöchentliche Arbeitszeit, wie sie in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen üblicherweise vereinbart wird

und Begrifflichkeiten von Vollzeit-, Halbzeit- bzw. Teilzeitbeschäftigungen und Überstunden ermöglicht, ist bisher in der ZV-Ärzte aus wohl erwogenen Gründen nicht angegeben. **Sie widerspräche der freien Berufsausübung:**

Als mögliche Lösung, um einer flexiblen Arbeitszeitgestaltung entsprechend den persönlichen Lebensbedingungen des Praxisinhabers gerecht werden zu können, empfehlen wir, die Bedingungen für das **Jobsharing** so zu verbessern, dass z.B. ein gestufter Ausstieg aus der vertragsärztlichen Tätigkeit aus Altersgründen oder in Erziehungszeiten und ein stufenweiser Einstieg für ‚Nachrücker‘ ermöglicht wird.

Wir würden uns freuen, wenn Sie sich unserem Anliegen offen zeigen könnten und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

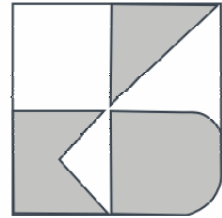


Norbert Bowe



Dr. Frank-Roland Deister





per E-Mail: [marianne.steinert@bundestag.de](mailto:marianne.steinert@bundestag.de)

K/Herrn Tuschen

Deutscher Bundestag  
Sekretariat des Ausschusses für Gesundheit  
Platz der Republik 1

16.10.2006

11011 Berlin

**Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG  
BT-Drucksache 16/2474**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Befremden haben wir auf Umwegen erfahren, dass der zuständige Ausschuss für den 18.10.2006 zu einer Anhörung eingeladen hat, ohne den Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD) zu berücksichtigen.

Im VKD ist das Management praktisch aller deutscher Krankenhäuser zusammengeschlossen. Unsere Mitglieder tragen die Verantwortung für die Sicherung der Leistungsfähigkeit und damit für die wirtschaftliche Existenz der deutschen Krankenhäuser.

Vor diesem Hintergrund nehmen wir nachfolgend Stellung zu den Regelungen des Gesetzentwurfs über Medizinische Versorgungszentren und die Integrationsversorgung, da diese die Krankenhäuser unmittelbar betreffen.

**Zu Artikel 1, Nr. 3 (§ 77 Abs. 3 SGB V):**

Der VKD hält es für sachgerecht, dass auch ein Medizinisches Versorgungszentrum als juristische Person Mitglied seiner Kassenärztlichen Vereinigung wird. Dadurch wird ermöglicht, dass diejenigen, die die wirtschaftliche Verantwortung tragen, auch in die Entscheidungsprozesse im ambulanten Bereich eingebunden sind.

**Zu Artikel 1, Nr. 5 (§ 95 SGB V), Buchstabe b:**

Der haftungsrechtlichen Gleichstellung von Medizinischen Versorgungszentren mit Vertragsärzten können keine ernsthaften Einwände entgegengestellt werden.

Aus Sicht des VKD ist bei dem vorgegebenen Regelungsvorschlag jedoch zu bedenken, dass bei gemeinnützigen Krankenhäusern, die als Träger von Medizinischen Versorgungszentren auftreten, die Abgabe einer entsprechenden Bürgschaftserklärung die Gemeinnützigkeit gefährden kann.

Wir schlagen deshalb vor, die Gesetzesformulierung derart zu ändern, dass der Zulassungsausschuss bei gemeinnützigen Gesellschaftern eines MVZ auf die Bürgschaft verzichten kann. Das ist insoweit vertretbar, als die KV einen etwaigen Anspruch gegen den Gesellschafter auch anderweitig durchsetzen kann.

**Zu Artikel 5, Nr. 6 (§ 20 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Ärzte):**

Der VKD begrüßt die Klarstellung, dass ein Arzt als Angestellter gleichzeitig in einem Krankenhaus und in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig sein kann. Durch die Zulassung der Krankenhäuser als Gründer von Medizinischen Versorgungszentren will der Gesetzgeber eine enge Verzahnung von Krankenhäusern und Medizinischen Versorgungszentren ermöglichen. Diese Regelung wurde in der Vergangenheit von manchen Zulassungsausschüssen unterlaufen.

Weiterhin muss jedoch klargestellt werden, dass der zulässige Umfang der Nebentätigkeit eines Vertragsarztes nicht auf die aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts resultierenden 13 Stunden festgeschrieben wird. Damit würde die vom Gesetzgeber gewünschte Flexibilität auch unter dem Aspekt unterlaufen, dass mehr Teilzeitbeschäftigte (insbesondere Frauen) der ärztlichen Berufsausübung erhalten bleiben.

Auf ein weiteres Problem bei der Beschäftigung von Krankenhausärzten im MVZ sei noch hingewiesen:

Das Medizinische Versorgungszentrum wird in vielen Fällen durch einen vom Krankenhaus verschiedenen Rechtsträger betrieben. In Übereinstimmung mit dem Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft fordert der VKD die Möglichkeit, dass zur Verringerung des bürokratischen Aufwands der Zulassungsausschuss auf den Abschluss eines zweiten Arbeitsverhältnisses verzichtet und die Arbeitnehmerüberlassung vom Krankenhaus an das Medizinische Versorgungszentrum genehmigt.

**Zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 140 d SGB V) Buchstabe c:**

Die vorgesehene Änderung hat zur Folge, dass ab Januar 2008 alle Leistungen, die zusätzlich zu den bereits im Krankenhausbudget enthaltenen Leistungen als Integrationsversorgung erbracht werden, allein nach den Regelungen der Integrierten Versorgung verhandelt und finanziert werden.

Diese Regelung trifft nicht die praktizierte Wirklichkeit der meisten Integrationsverträge. Lediglich in der Anfangszeit der Integrationsversorgung wurden mit Krankenhäusern Verträge abgeschlossen, durch die ein Großteil der Leistungen außerhalb des Budgets abgerechnet wurden.

Zwischenzeitlich hat sich eine Praxis herausgebildet, dass auf Drängen der Krankenkassen praktisch alle Krankenhausleistungen über DRGs innerhalb des Krankenhausbudgets abgerechnet werden. Lediglich vertragsspezifische Zusatzleistungen werden außerhalb des Budgets über die Anschubfinanzierung abgerechnet.

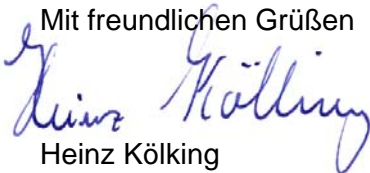
In Verbindung mit der vorgesehenen Änderung durch **Artikel 3** des Gesetzentwurfs hinsichtlich § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes besteht damit die Gefahr, dass ab 2008 alle durch die Integrationsversorgung erfaßten Leistungen aus dem Budget entfernt werden, ohne dass sie danach nach den Regelungen der Integrierten Versorgung finanziert werden.

Die Änderung gemäß Artikel 3 des vorliegenden Gesetzentwurfs muss deshalb wie folgt ergänzt werden:

... und noch im Ausgangswert enthalten sind, **sofern diese Leistungen gemäß § 140 d Abs. 4 finanziert wurden.**

Wir bitten unsere Stellungnahme, deren späten Zugang wir nicht zu vertreten haben, in das Gesetzgebungsverfahren einzubringen.

Mit freundlichen Grüßen



Heinz Kölking

An den Deutschen Bundestag - Ausschuss für Gesundheit  
An die gesundheitspolitische Sprecher der Bundestagsfraktionen  
-- Frau Annette Widmann-Mauz, MdB (CDU)  
-- Frau Dr. Carola Reimann, MdB (SPD)  
-- Herrn Dr. Heinrich Kolb, MdB (FDP)  
-- Herrn Klaus Ernst, MdB (Die Linke)  
-- Frau Birgitt Bender, MdB (Bündnis 90/Die Grünen)

Platz der Republik  
10557 Berlin

**vorab per E-Mail**

**Dr. med. Wolfgang Panter**  
Präsident

Facharzt für Arbeitsmedizin  
und Allgemeinmedizin,  
Umweltmedizin, Sportmedizin  
Leitender Betriebsarzt

VDBW Geschäftsstelle  
Friedrich-Eberle-Straße 4a  
76227 Karlsruhe

Tel. 0721 / 93 38 18 - 0  
Fax 0721 / 93 38 18 - 8

wolfgang.panter@vdbw.de  
www.vdbw.de

Datum: 19.09.2006

## Eilt

### **Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG); BT-Drucksache 16-2474 - Erweiterung der Öffnung nach § 20, Abs. 2 Ärzte-ZV auch für Betriebsärzte**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte ist der Berufsverband Deutscher Arbeitsmediziner und vertritt seit über 50 Jahren die Interessen der Betriebsärzte in Deutschland. In unserem Verband sind über 3000 Arbeitsmediziner organisiert.

Am 22.9.2006 steht die Beratung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG); BT-Drucksache 16-2474 auf der Tagungsordnung des Deutschen Bundestags. Im Rahmen dieser vorgesehenen Gesetzesänderung soll u.a. auch die Ärzte-ZV in § 20 Abs. 2 Satz 2 für Krankenhausärzte geändert werden, um künftig die Mitwirkung in Medizinischen Versorgungszentren zu ermöglichen.

Die erweiterten Möglichkeiten für die Beteiligung in Medizinischen Versorgungszentren unterstützen wir sehr, denn diese fachübergreifenden Behandlungsmöglichkeiten bringen eine deutliche Verbesserung in der Patientenversorgung. Der integrative Ansatz erfordert aber geradezu, auch die Kompetenzen von Betriebsärzten, Ihr Wissen um die Wechselbeziehung von Arbeit und Gesundheit sowie die Erfahrungen der Betriebsärzte auf dem Gebiet der Prävention mit einzubeziehen.

Dies wurde bei der jetzigen Formulierung leider nicht bemerkt. Deshalb beantragen wir die für Krankenhausärzte vorgesehene Öffnung auch für Betriebsärzte. Dazu müsste in § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV folgender Satz 3 hinzugefügt werden.

*„Die Tätigkeit als Betriebsarzt ist mit der Tätigkeit des Vertragsarztes ebenfalls vereinbar.“*

Zur Begründung unseres Antrags ist eine rechtsgutachtliche Stellungnahme der Rechtsanwälte Wigge & Kleinke beigefügt.

Die kurzfristige Beantragung bitten wir zu entschuldigen und hoffen, dass dies noch in der parlamentarische Beratung und Beschlussfassung am 22.9.2006 berücksichtigt werden kann. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Wolfgang Panter  
Präsident



Jochen Protzer  
Hauptgeschäftsführer

Anlage:

Rechtsgutachtliche Stellungnahme zur Frage der Vereinbarkeit einer werks- bzw. betriebsärztlichen Tätigkeit mit der Tätigkeit als Vertragsarzt nach dem VÄndG. durch Rechtsanwälte Wigge & Kleinke im September 2006

**Rechtsgutachtliche Stellungnahme**

**zu der Frage der Vereinbarkeit einer werks- bzw. betriebsärztlichen  
Tätigkeit mit der Tätigkeit als Vertragsarzt  
nach dem VÄndG**

**im Auftrag des Verbandes Deutscher Betriebsärzte e.V. – VDBW  
e.V., Karlsruhe**

**September 2006**

## A. Fragestellung

Hintergrund für die gutachtliche Stellungnahme ist die Frage, welche Möglichkeiten bestehen, dass Betriebsärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, und zwar als Vertragsarzt bzw. als Vertragsarzt in einem MVZ bzw. als angestellter Arzt in einem MVZ.

Diese Frage erlangt aufgrund des Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) an Aktualität, wonach § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV dahingehend geändert werden soll, dass zukünftig die Tätigkeit als angestellter Krankenhausarzt mit der Tätigkeit als Vertragsarzt bzw. als im MVZ tätiger Vertragsarzt bzw. als im MVZ angestellter Arzt vereinbar sein soll. Nach der bisherigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist dagegen die gleichzeitige Tätigkeit als Krankenhausarzt und als Vertragsarzt bzw. als Betriebsarzt und als Vertragsarzt mit § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV grundsätzlich nicht zu vereinbaren. Ärzten, die einer gleichzeitigen Tätigkeit als Betriebsarzt oder als Krankenhausarzt nachgehen, erteilen die Zulassungsausschüsse daher derzeit keine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Der Gesetzentwurf zum VÄndG sieht für Krankenhausärzte nun eine Regelung vor, die zu einer Vereinbarkeit der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und Krankenhausarzt führt. Für Betriebsärzte ist eine Gesetzesänderung dagegen bisher nicht vorgesehen, so dass es hier bei der alten Rechtslage und damit bei einer Unvereinbarkeit beider Tätigkeiten bleiben würde.

In dieser Situation stellen sich folgende Fragen:

- I. Rechtfertigen die Regelungen des Arbeitssicherheitsgesetzes eine abweichende Regelung für Betriebsärzte gegenüber Krankenhausärzten?
- II. Welche Möglichkeiten bestehen nach aktuellem Recht für Krankenhausärzte und für Betriebsärzte im Hinblick auf die Möglichkeiten der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung?
- III. Welche Änderungen sieht das VÄndG für die Krankenhausärzte auf der einen Seite und für die Betriebsärzte auf der anderen Seite vor?

- IV. Warum muss auch für Betriebsärzte die in § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV-E für Krankenhausärzte vorgesehene Öffnung gesetzlich ermöglicht werden?
- V. Wie könnte ein konkreter Gesetzesvorschlag aussehen und welche Möglichkeiten bestünden dann, Betriebsärzte in die vertragsärztliche Versorgung / in medizinische Versorgungszentren einzubinden?

## **B. Gutachtliche Stellungnahme**

### **I. Aktuelle Rechtslage Arbeitssicherheitsgesetz**

Das Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz) vom 12.12.1973 (BGBl. I, 1885), zuletzt geändert durch Art. 178 der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25.11.2003 (BGBl. I S. 2304) gewährleistet in Verbindung mit anderen Schutzvorschriften die Arbeitssicherheit und den Arbeitsschutz in den Betrieben und Dienststellen von Wirtschaft und öffentlicher Verwaltung. Im Geltungsbereich des Arbeitssicherheitsgesetzes (ASiG) ist der Arbeitgeber verpflichtet Betriebsärzte zu bestellen, § 1 Satz 1 ASiG. Die gesetzlichen Anforderungen an den Betriebsarzt nach dem ASiG sollen im folgenden kurz dargestellt werden.

#### **1. Bestellung als Betriebsarzt**

Nach § 4 ASiG darf der Arbeitgeber als Betriebsärzte nur Personen bestellen, die berechtigt sind, den ärztlichen Beruf auszuüben (also die Approbation als Arzt nach der Bundesärzteordnung besitzt) und über die zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben erforderliche arbeitsmedizinische Fachkunde (Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin oder Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin) verfügt.

#### **2. Organisation des betriebsärztlichen Dienstes**

Für den Arbeitgeber bieten sich verschiedene Möglichkeiten den betriebsärztlichen Dienst zu organisieren. Er kann mit einem Betriebsarzt einen Arbeitsvertrag schließen, diesen also haupt- oder nebenberuflich einstellen und damit in den Betrieb eingliedern. Ferner kann er einen überbetrieblichen Dienst beauftragen oder freiberuflich tätige Ärzte bestellen (vgl. § 2 Abs. 3 Satz 2 und Satz 3, § 9 Abs. 3 Satz 3 ASiG).



### **3. Aufgaben der Betriebsärzte**

Die Betriebsärzte sollen den Arbeitgeber beim Arbeitsschutz und der Unfallverhütung unterstützen, §§ 1 Satz 2, 3 Abs. 1 ASiG. Aus § 3 ASiG ergeben sich (nicht abschließend) die Aufgaben der Betriebsärzte. Nach § 3 Abs. 1 Satz 2 ASiG haben die Betriebsärzte insbesondere

*„1. den Arbeitgeber und die sonst für den Arbeitsschutz und die Unfallverhütung verantwortlichen Personen zu beraten, insbesondere bei (...)*

*2. die Arbeitnehmer zu untersuchen, arbeitsmedizinisch zu beurteilen und zu beraten sowie die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten,*

*3. die Durchführung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung zu beobachten und im Zusammenhang damit (...),*

*4. darauf hinzuwirken, dass sich alle im Betrieb Beschäftigten den Anforderungen des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung entsprechend verhalten, insbesondere (...)*

In diesem Zusammenhang wird durch § 3 Abs. 3 ASiG ausdrücklich klargestellt, dass es unter keinen Umständen zu den Aufgaben eines Betriebsarztes gehört, Krankmeldungen zu überprüfen. Die ausdrückliche Regelung war dringend nötig, um ein vernünftiges Vertrauensverhältnis zwischen Arbeitnehmern und Betriebsärzten zu gewährleisten, da ohne diese Bestimmung der Arbeitgeber über eine Kontrollinstanz verfügt, die ihm in keiner Weise zusteht. Insofern gilt dieser Ausschluss unabhängig davon, ob es sich bei der Erkrankung um eine berufsbedingte Erkrankung handelt oder nicht (*Kommentar zum Arbeitssicherheitsgesetz, Aufhauser / Brunhöber / Igl - Brunhöber - § 3 Rn 21, 3. Auflage 2005*).

#### 4. Wahrung der Unabhängigkeit der Betriebsärzte

Nach § 8 Abs. 1 Satz 1 ASiG sind die Betriebsärzte bei der Anwendung ihrer arbeitsmedizinischen Fachkunde frei und unabhängig von Weisungen anderer Stellen, insbesondere also auch gegenüber dem Unternehmen. Die Betriebsärzte sind also bei der Erfüllung ihrer durch § 3 ASiG und § 1 ASiG zugewiesenen Aufgaben, was die Anwendung ihrer arbeitsmedizinischen Fachkunde betrifft, keinerlei Weisungen unterworfen. Der Betriebsarzt untersteht also nur seinem „fachlichen“ Gewissen. Dies ist durch die Erwähnung des „ärztlichen Gewissens“ in § 8 Abs. 1 Satz 3 ASiG ausdrücklich festgestellt. Dabei geht die Weisungsfreiheit soweit, dass selbst nur andeutungsweise gegebene Anweisungen, etwa im Hinblick auf bestimmte Untersuchungsergebnisse, die Bewertung solcher Ergebnisse oder der Konsequenzen, die sich aus bestimmten Verhältnissen ergeben, rechtswidrig sind. Sie brauchen also von den Betriebsärzten nicht berücksichtigt zu werden (*Kommentar zum Arbeitssicherheitsgesetz, Aufhauser / Brunhöber / Igl - Aufhauser - § 8 Rn 2, 3. Auflage 2005*).

Stellt sich die Situation nunmehr so dar, dass der Betriebsarzt (das heißt der angestellte Betriebsarzt oder der freiberuflich tätige Betriebsarzt) gleichzeitig als Vertragsarzt bzw. als Vertragsarzt in einem MVZ oder als angestellter Arzt in einem MVZ tätig ist, so ergibt sich vertragsarztrechtlich die Problematik, unter welchen Voraussetzungen dann noch die Anforderungen nach § 20 Abs. 1 und Abs. 2 Ärzte-ZV eingehalten werden können. Da es sich hier um auslegungsbedürftige Normen handelt, kommt es entscheidend auf die durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aufgestellten Anforderungen und letztlich darauf an, wie die zuständigen Entscheidungsträger die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auf zu entscheidende Einzelfälle übertragen. Festzuhalten bleibt, dass jedenfalls Restunsicherheiten bei der Beantwortung der Frage, was im Einzelfall möglich ist, bleiben. Hierauf soll näher unter II. eingegangen werden.

## II. Aktuelle Rechtslage Vertragsarztrecht

Um als niedergelassener Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen zu werden, dürfen keine Hinderungsgründe vorliegen, die den Arzt wegen Unvereinbarkeit mit den Grundsätzen vertragsärztlicher Tätigkeit als nicht geeignet erscheinen lassen, § 98 Abs. 2 Nr. 10 SGB V i.V.m. § 20 Ärzte-ZV (sog. Nichteignung).

### 1. § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV

§ 20 Abs. 2 Ärzte-ZV lautet:

*„Für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der eine ärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit als Vertragsarzt am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist.“*

§ 1 Abs. 3 der Ärzte-ZV bestimmt, dass die Ärzte-ZV u.a. entsprechend auch für medizinische Versorgungszentren und die dort angestellten Ärzte gilt. Soweit also nach § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV eine ärztliche Tätigkeit nicht mit der Tätigkeit als Vertragsarzt zu vereinbaren ist, gilt dies über § 1 Abs. 3 Ärzte-ZV auch für die Tätigkeit als angestellter Arzt in einem MVZ. Eine entsprechende Geltung der Zulassungsverordnung auf die in Vertragsarztpraxen angestellte Ärzte ordnet die derzeit noch geltende Fassung des § 1 Ärzte-ZV nicht an.

Unter „ärztliche Tätigkeit“ im Sinne von § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV wird u.a. auch die Tätigkeit als Betriebsarzt sowie die Tätigkeit als Krankenhausarzt verstanden. Es stellt sich also die Frage, ob eine betriebsärztliche Tätigkeit oder eine Tätigkeit als Krankenhausarzt nach aktuellem Recht ihrem Wesen nach mit der gleichzeitigen Tätigkeit als niedergelassener Vertragsarzt bzw. als Vertragsarzt in einem MVZ oder als angestellter Arzt in einem MVZ zu vereinbaren ist.

Das Gesetz bestimmt in § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV nicht selbst, welche konkreten anderen ärztlichen Tätigkeiten mit der Tätigkeit als Vertragsarzt nicht zu vereinbaren sind. Insoweit ist aber die Entstehungsgeschichte des § 20 Ärzte-ZV zu beleuchten. Die Norm entspricht in ihrer geltenden Fassung wortgleich § 20 Abs. 1 und 2 der Zulassungsordnung für Kassenärzte (ZO-Ärzte) vom 28.05.1957. Die Arbeitsausschüsse der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen hatten

ursprünglich eine Regelung des § 20 ZO-Ärzte vorgeschlagen, in der bestimmte Personengruppen aufgezählt waren, die von der Zulassung ausgeschlossen sein sollten, so u.a. als Angestellte tätige Ärzte und auch Werks- oder Betriebsärzte, sofern der Betrieb im Bereich des Kassenarztsitzes liegt. Es wurde jedoch befürchtet, dass eine solche Regelung unter Nennung konkreter Berufsgruppen rechtlich unzulässig ist, so dass sich der Gesetzgeber mit der dann später Gesetz gewordenen oben genannten „generellen“ Formulierung half, so dass letztlich die konkrete Auslegung der Rechtsprechung überlassen worden ist. (BSG, Urteil vom 15.03.1995, MedR 1996, Heft 2, Seite 87; vgl. hierzu Jantz/Prange, Das gesamte Kassenarztrecht, 1960, Erl. II, Zu § 20 ZuO-Ärzte). Unter welchen Voraussetzungen anderweitige ärztliche Tätigkeiten ihrem Wesen nach mit der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht zu vereinbaren sind, hat das Bundessozialgericht insofern in diversen Entscheidungen (BSG, Urteil vom 05.11.1997, Az.: 6 RKa 52/97, MedR 1998, S. 279, **Pathologie**; BSG, Urteil vom 19.03.1997, Az.: 6 RKa 39/96, BSGE 80, 133f, **Werksarzt**; BSG, Urteil vom 15.03.1997, Az.: 6 RKa 24/94, MedR 1996, S. 86ff, **Radiologie**; BSG, Urteil vom 05.02.2003, Az.: B 6 KA 22/02 R, GesR 2003, 173ff, **Anästhesie**; BSG, Urteil vom 30.01.2002, Az.: B 6 KA 20/01 R, BSGE 89, 134ff, **Psychotherapie**) konkretisiert. Dies soll dann der Fall sein,

- wenn sich die anderweitige ärztliche Tätigkeit und die vertragsärztliche Tätigkeit vermischen können und sich dies zum einen zum Nachteil der Versicherten wegen einer faktischen Beschränkung des Rechts auf freie Arztwahl (§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V) und zum anderen zum Nachteil der Kostenträger auswirken kann, weil insoweit je nach persönlichem Interesse des Arztes Leistungen aus nicht sachgerechten Gründen von einem zum anderen Bereich verlagert werden können (**Vermischung ärztliche und vertragsärztliche Tätigkeit**);
- wenn nicht gewährleistet ist, dass der Arzt auf Grund seiner anderweitigen ärztlichen Tätigkeit Inhalt und Umfang seiner vertragsärztlichen Tätigkeit und den Einsatz der der Praxis zugeordneten sachlichen und persönlichen Mittel selbst bestimmen kann (**Einflussnahme**).

#### **a. Angestellte Krankenhausärzte**

Unter Anwendung der genannten Grundsätze stellte sich die Problematik der Anerkennung der Eignung als Vertragsarzt insbesondere in den Fällen angestellter

Krankenhausärzte, wenn diese im Einzugsbereich des Krankenhauses als Vertragsarzt bzw. als Vertragsarzt in einem MVZ tätig sein wollen bzw. wenn ein angestellter Krankenhausarzt gleichzeitig angestellter Arzt in einem MVZ ist.

#### **aa. Vermischung ärztliche und vertragsärztliche Tätigkeit**

Das Bundessozialgericht geht davon aus, dass eine Tätigkeit als Krankenhausarzt eine Zulassung in der Regel dann hindert, wenn der Krankenhausarzt *unmittelbar in die stationäre Patientenversorgung* eingebunden ist und die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung im Einzugsbereich des Krankenhauses begehrt. Gerade in diesen Fällen bestünde eine Interessen – und Pflichtenkollision im Sinne von § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV. Denn dann käme es zu einer Vermischung der anderweitigen ärztlichen Tätigkeit mit der vertragsärztlichen Tätigkeit. Denn Versicherte könnten sich nach Beendigung der stationären Behandlung verpflichtet fühlen, eine sich anschließende ambulante Behandlung bei dem gleichzeitig zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Krankenhausarzt fortzusetzen. Insofern sei das Recht auf freie Arztwahl nicht gewährleistet, § 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Ferner sei die Möglichkeit, dass ein am Krankenhaus und gleichzeitig in der vertragsärztlichen Praxis tätiger Arzt aus nicht sachgerechten Gründen Behandlungsschritte bei Versicherten vom ambulanten in den stationären Bereich und umgekehrt verlagern kann, nicht ausgeschlossen (BSG, Urteil vom 05.11.1997, Az.: 6 RKa 52/97, MedR 1998, S. 279). Unter Anwendung dieser Grundsätze entschied das Bundessozialgericht in dem Fall eines Anästhesisten, dass dieser nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden könne, weil er gleichzeitig in der Anästhesieabteilung eines Krankenhauses angestellt war. Denn dieser wurde sowohl bei der narkosemäßigen Versorgung von Patienten anlässlich von Operationen als auch im Rahmen der Schmerztherapie unmittelbar patientenbezogen tätig (BSG, Urteil vom 05.02.2003, Az.: B 6 KA 22/02 R, GesR 2003, 173ff).

Das Bundessozialgericht erkennt jedoch an, dass die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung für angestellte Krankenhausärzte nicht generell ausgeschlossen sein soll. Denn an einer Interessen- und Pflichtenkollision im Sinne von § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV fehle es dann, wenn der Krankenhausarzt seinem „typischen Fachgebietsinhalt nach regelmäßig nicht unmittelbar patientenbezogen ärztlich tätig ist“. So entschied das Bundessozialgericht zum Beispiel, dass § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV der vertragsärztlichen Zulassung eines Chefarztes der Pathologie eines

Krankenhauses nicht entgegensteht (BSG, Urteil vom 05.11.1997, Az.: 6 RKa 52/97, MedR 1998, S. 279). Insofern können nach der Rechtsprechung des BSG Krankenhausärzte dann zugelassen werden, wenn ihr Fachgebietsinhalt nicht unmittelbar patientenbezogen ist (vgl. § 13 Abs. 4 BMV-Ä: Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Infektionsepidemiologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie usw.).

### **bb. Einflussnahme des Arbeitgebers**

Darüber hinaus fordert das Bundessozialgericht, dass keine Pflichtenkollision durch einen Einfluss des Arbeitgebers auf die vertragsärztliche Tätigkeit entstehen darf. Inhalt und Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit und der Einsatz der der Praxis zugeordneten sachlichen und persönlichen Mittel müssen selbst bestimmbar sein (vgl. § 32 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV, § 15 BMV-Ä). Dies war in dem bereits angesprochenem Urteil des Bundessozialgerichts (Chefarzt Pathologie) unproblematisch, weil dieser seinen Vertragsarztsitz in seinem Privathaus hatte und damit eine klare räumliche Trennung bestand. Möglich ist jedoch auch ein Vertragsarztsitz im Krankenhaus selbst, sofern die Praxis räumlich getrennt vom Krankenhaus geführt wird.

### **c. Betriebsärzte**

Die sich bei angestellten Krankenhausärzten ergebende Problematik einer etwaigen Interessen- und Pflichtenkollision nach § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV stellt sich im dargestellten Sinne nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bisher ebenso bei den Betriebsärzten.

Wenn der angestellte Krankenhausarzt gleichzeitig als niedergelassener Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, so ergibt sich eine etwaige Interessen- und Pflichtenkollision gerade aus dieser Doppelstellung heraus. In seiner Eigenschaft als niedergelassener Vertragsarzt muss eine eigenverantwortliche Praxisausübung gewährleistet bleiben. Auf der anderen Seite befindet er sich aber in einem Abhängigkeitsverhältnis zu dem Krankenhausträger als Arbeitgeber und es bestehen im ambulanten und stationären Bereich unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten.

Wird nunmehr der angestellte Betriebsarzt gleichzeitig zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, so stellt sich dieselbe Problematik einer solchen Doppelstellung. Denn auch hier muss eine eigenverantwortliche Praxisausübung gewährleistet bleiben und es besteht ein Abhängigkeitsverhältnis zu dem Betrieb als Arbeitgeber und es bestehen unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten für die werksärztliche Tätigkeit auf der einen und der vertragsärztlichen Tätigkeit auf der anderen Seite. Insofern greifen die durch das Bundessozialgericht zu § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV dargestellten Grundsätze zur Eignung für die vertragsärztliche Tätigkeit auch bei gleichzeitiger Tätigkeit als Betriebsarzt.

Deutlich wird dies insbesondere aufgrund der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 19.03.1997 (Az.: 6 RKa 39/96, BSGE 80, 133 f.), welches eine Werksärztin betraf. Dort beehrte eine Internistin eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung, obwohl sie gleichzeitig bei einer Firma als Werksärztin und Leiterin der Ambulanz des Unternehmens angestellt war. Die vertragsärztliche Tätigkeit sollte in den Räumen der sich innerhalb des Betriebsgeländes befindlichen Ambulanz der Firma ausgeübt werden.

#### **aa. Vermischung ärztliche und vertragsärztliche Tätigkeit**

Das Bundessozialgericht geht wie bei der Rechtsprechung zum Krankenhausbereich davon aus, dass sich werksärztliche und vertragsärztliche Tätigkeit im vorliegenden Fall vermischen. Auch hier sei die Gewährleistung des Rechts der freien Arztwahl nach § 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V seitens der Betriebsangehörigen nicht gegeben, da die Betriebsangehörigen auf eine Erwartung ihres Arbeitgebers schließen könnten, sich von der Werksärztin auch vertragsärztlich behandeln zu lassen. Dies hätte aus Sicht des Betriebes den Vorteil, dass sich die Zeiten der Freistellung von der Arbeit zur Durchführung von Arztbesuchen reduzieren ließen und den betrieblichen Erfordernissen angepasst werden könnten. Insbesondere könnten die Werksangehörigen damit rechnen, dass ihr Arbeitgeber die Bescheinigung von AU durch die Werksärztin ohne weiteres als gerechtfertigt ansieht. Darüber hinaus sieht auch hier das Bundessozialgericht ebenso wie bei den Krankenhausärzten die Gefahr einer Vermischung der ärztlichen und vertragsärztlichen Tätigkeit zu Lasten der Kostenträger. Es könnten ärztliche Leistungen, die Gegenstand der werksärztlichen Betreuung sind und vom Arbeitgeber mit dem Gehalt für den Werksarzt belohnt

werden, als vertragsärztliche Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden.

### **bb. Einflussnahme des Arbeitgebers**

Auch die im Rahmen der Entscheidung des Bundessozialgerichts zum Krankenhausarzt (BSG, Urteil vom 05.11.1997, Az.: 6 RKa 52/97, MedR 1998, S. 279, Pathologie) vom Bundessozialgericht genannte Voraussetzung, dass die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit frei von Einflussnahmen des Arbeitgebers sein muss, weil nur dann Inhalt und Umfang der ärztlichen Tätigkeit und der Einsatz der zugeordneten sachlichen und persönlichen Mittel selbst bestimmt werden könnten, gilt gleichermaßen für die Betriebsärzte. In dem hier bzgl. der Werksärztin konkret zu entscheidenden Fall wurde eine unzulässige Einflussnahme bejaht, weil die Werksärztin (im Unterschied zu dem o.g. Urteil des BSG zu dem Chefarzt der pathologischen Abteilung) ihre vertragsärztliche Tätigkeit in den Räumen des Arbeitgebers selbst unter Verwendung von dessen personeller und sachlicher Mittel ausüben wollte. Insofern ging das Bundessozialgericht davon aus, dass die Vertragsärztin ihre Praxis nicht mehr persönlich im Sinne von § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV ausüben konnte.

## **b. Ergebnis**

### **aa. Krankenhausarzt**

Im Ergebnis lässt sich für angestellte Krankenhausärzte festhalten, dass es nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aufgrund der gleichzeitigen Tätigkeit als niedergelassener Vertragsarzt bzw. als Vertragsarzt in einem MVZ zu einer entsprechenden Interessen- und Pflichtenkollision gerade aufgrund dieser Doppelstellung kommt, und zwar aus zwei Gründen:

- Sofern der Krankenhausarzt unmittelbar in die stationäre Patientenversorgung eingebunden und damit patientenbezogen tätig ist, kommt es nach der Auffassung des Bundessozialgerichts zu einer Vermischung der ärztlichen und vertragsärztlichen Tätigkeit. Denn auf der einen Seite bestünde die Gefahr der Benachteiligung der Kostenträger aufgrund sachwidriger Leistungsverlagerungen von dem einen zum anderen Bereich. Auf der anderen



Seite ergäbe sich für die Versicherten der Nachteil, dass das Recht auf freie Arztwahl (§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V) faktisch beschränkt werden könne.

- Darüber hinaus bestünde möglicherweise eine Einflussnahme des Krankenhausträgers. Diese Einflussnahme liege zum Beispiel dann vor, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit nicht strikt räumlich getrennt würde. Eine solche Einflussnahme wird auch dann bejaht, wenn der Arzt zur Honorarbeteiligung oder gar Honorarabführung gegen Gehaltszahlung verpflichtet sei (verdecktes Beschäftigungsverhältnis). Letztlich muss also die Unabhängigkeit des Arztes gewährleistet sein.

Bei gleichzeitiger Tätigkeit von angestellten Ärzten in einem medizinischen Versorgungszentrum und einem Krankenhaus, besteht dieselbe Problematik des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV, so dass Zulassungsausschüsse aufgrund der ausgeführten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die gleichzeitige Tätigkeit in einem MVZ auch als unzulässig angesehen haben. Diese Auslegung ist jedoch umstritten. Insbesondere verweist die Gesetzesbegründung der Bundesregierung zum VÄndG (Stand: 16.05.2006) auf Seite 80 darauf hin, dass ein Arzt bereits nach geltendem Recht als Angestellter gleichzeitig in einem Krankenhaus und einem MVZ tätig sein könne, weil der Gesetzgeber durch die Zulassung der Krankenhäuser als Gründer von medizinischen Versorgungszentren in § 95 Abs. 1 Satz 3 2. Halbsatz SGB V deutlich gemacht habe, dass er eine enge Verzahnung von Krankenhäusern und medizinischen Versorgungszentren anstrebe und insofern vertragsarztrechtlich schon jetzt eine solche Beschäftigung möglich sei. Zu beachten ist jedoch, dass diese Rechtslage nicht einheitlich beurteilt wird und letztlich erst mit dem VÄndG eine Klarstellung diesbezüglich erfolgen soll (vgl. *Wenner* GesR 2004, S. 353, a.A. *Behnsen*, Das Krankenhaus 2004, 698, 700).

#### bb) Betriebsarzt

Im Hinblick auf Betriebsärzte lässt sich festhalten, dass das Bundessozialgericht in der erörterten „Werksarztentscheidung“ deutlich gemacht hat, dass der Betriebsarzt zumindest unter den in diesem konkreten Fall bestehenden Umständen nicht gleichzeitig als Vertragsarzt tätig sein kann, da ein Verstoß gegen § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV vorliegt. Der damals zu entscheidende Fall ist als Extremfall zu werten, weil die

konkreten Umstände sich so darstellten, dass gegen sämtliche vom Bundessozialgericht gestellten Anforderungen verstoßen worden ist. Weitere oberstgerichtliche Rechtsprechung speziell auf Betriebsärzte bezogen existiert nicht, so dass die übrige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV auszuwerten ist.

#### (1) Angestellter Betriebsarzt

Ist der Betriebsarzt bei dem Unternehmen angestellt und gleichzeitig als niedergelassener Vertragsarzt bzw. als angestellter Arzt im MVZ tätig, so lässt sich zunächst schon im Hinblick auf § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV festhalten, dass der Betriebsarzt für das Unternehmen nur nebenberuflich tätig sein kann.

Ist der Betriebsarzt nebenberuflich für das Unternehmen tätig, ist immer noch im Hinblick auf § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV zu fragen, ob eine Vermischung der ärztlichen und vertragsärztlichen Tätigkeit nach Auffassung des Bundessozialgerichts zu besorgen ist. Dies ist dann der Fall, wenn die freie Arztwahl für die Versicherten nach § 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V nicht gewährleistet bleibt und die Gefahr besteht, dass es zu Leistungsverlagerungen kommt. Das Bundessozialgericht stellt hier sehr strenge Anforderungen. Ausdrücklich hat das Bundessozialgericht sowohl Anfang 2002 als auch Anfang 2003 festgestellt, dass es an seiner Rechtsauffassung festhält, wonach eine Interessen- und Pflichtenkollision nur dann verneint werden kann, wenn die anderweitige ärztliche Tätigkeit ihrem typischen Fachgebietsinhalt nach nicht vorrangig patientenbezogen (im Sinne eines persönlichen Kontaktes mit dem Patienten zu Zwecken der Diagnostik und/oder Therapie) ausgeübt wird (BSG, Urteil vom 05.02.2003, Az.: B 6 KA 22/02 R, GesR 2003, 181, **Anästhesie**; BSG, Urteil vom 30.01.2002, Az.: B 6 KA 20/01 R, BSGE 89, 134ff / Rn 34, **Psychotherapie**). Da der Betriebsarzt nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 ASiG patientenbezogen tätig ist, da er Arbeitnehmer untersucht, sie arbeitsmedizinisch beurteilt und berät sowie die Untersuchungsergebnisse erfasst und auswertet, liegt jedenfalls keine ärztliche Tätigkeit vor, die das Bundessozialgericht wie zum Beispiel bei der Pathologie oder bei Laborärzten als nicht unmittelbar patientenbezogen wertet. Die vom Bundessozialgericht anerkannte Ausnahme für Ärzte, die nicht unmittelbar patientenbezogen tätig sind, greift also nach Ansicht des Bundessozialgerichts naturgemäß bei Betriebsärzten nicht durch, da diese auch patientenbezogen tätig sein werden und damit die Interessenkollision entsteht.

Darüber hinaus wäre im Hinblick auf § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV zu fragen, ob die ärztliche Unabhängigkeit entsprechend den Anforderungen des Bundessozialgerichts gewahrt würde. Dabei wird es auf die konkreten Umstände des Einzelfalls ankommen. Die Unabhängigkeit wird hiernach jedenfalls nicht mehr vom Bundessozialgericht als gewährleistet angesehen, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit nicht räumlich strikt getrennt von dem Unternehmen ausgeübt wird oder wenn gegenüber dem Unternehmen eine Verpflichtung zu Honorarbeteiligungen oder Honorarabführungen gegen Gehaltszahlung (verdecktes Beschäftigungsverhältnis) bestehen würde.

## (2) Freier Mitarbeiter

Ist der Betriebsarzt hauptberuflich als niedergelassener Vertragsarzt oder als angestellter Arzt in einem MVZ tätig und übt nebenberuflich für bestimmte Unternehmen eine betriebsärztliche Tätigkeit aus, so ist dies begrüßenswerter Weise auch schon nach aktuellem Recht vielfach üblich und mit § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV zu vereinbaren (so Hess in Kasseler Kommentar, Band 1, Stand August 2004, § 95 Rn 42 unter Verweis auf eine Entscheidung des SG Münster, Deutsches Ärzteblatt 1962, 1072). Eine oberstgerichtliche Entscheidung des Bundessozialgerichts zu dieser konkreten Fallkonstellation existiert bisher jedoch nicht. Man wird aber sagen können, dass selbst das Bundessozialgericht im Hinblick auf die Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit keinen Verstoß gegen § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV annehmen kann, da der Betriebsarzt seine Vertragsarztpraxis in diesen Fällen völlig frei von jeglichen Einflussnahmen des Unternehmens führt. Ob eine Vermischung der ärztlichen und vertragsärztlichen Tätigkeit nach Auffassung des Bundessozialgerichts zu besorgen wäre, lässt sich abschließend nicht wirklich sicher beurteilen – gerade vor dem Hintergrund der strengen Rechtsprechung.

Es lässt sich daher im Ergebnis für die Betriebsärzte festhalten, dass die aktuelle vertragsarztrechtliche Rechtslage unsicher ist, es also letztlich darauf ankommt, wie der konkrete Entscheidungsträger die Rechtslage vor dem Hintergrund der Bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung bewertet und insofern dringender Handlungsbedarf dafür besteht, dass der Gesetzgeber im Rahmen des VÄndG für Rechtssicherheit sorgt.

## **2. § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV**

Unabhängig von den Anforderungen nach § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV ist nach § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit nicht geeignet ein Arzt, der wegen eines Beschäftigungsverhältnisses oder wegen anderer nicht amtlicher Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht. Nicht erforderlich ist, dass ein Vertragsarzt seine „volle“ Arbeitskraft für die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung einsetzt, er soll jedoch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts den Versicherten nur dann in erforderlichem Maß zur Verfügung stehen, wenn seine Arbeitszeit in einem Beschäftigungsverhältnis nicht mehr als dreizehn Stunden wöchentlich beträgt (BSG, Urteil vom 30.01.2002, Az.: B 6 KA 20/01 R). Zu beachten ist also, dass die anderweitige Tätigkeit auch hinsichtlich des Zeitumfanges unbedenklich sein muss.

## **III. Änderung der Rechtslage durch das VÄndG**

Der Entwurf des Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechtes und anderer Gesetze – VÄndG (BT-Drucks. 16/2474), der voraussichtlich zum 01.01.2007 als Gesetz in Kraft treten soll, erweitert nunmehr ausdrücklich für Krankenhausärzte die rechtlichen Möglichkeiten an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. So sieht § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV-Entwurf vor:

*„Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar.“*

Die Änderung ermöglicht also über die von der Rechtsprechung bereits anerkannten Fälle der nicht patientenbezogenen Tätigkeit hinaus (BSG, Urteil vom 05.11.1997, Az.: 6 RKa 52/97, MedR 1998, S. 279, Pathologie), dass ein Vertragsarzt in einem Krankenhaus als angestellter Arzt tätig sein kann.

Über § 1 Abs. 3 Ärzte-ZV ist es ferner auch möglich, dass ein Arzt als Angestellter gleichzeitig in einem Krankenhaus und in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sein kann. Wie bereits ausgeführt, hat der Gesetzesentwurf der Bundesregierung zum VÄndG, Stand: 30.08.2006, auf Seite 39 allerdings angemerkt, dass dies bereits nach geltendem Recht möglich sein soll.

Der Entwurf zum VÄndG sieht dagegen nicht vor, dass die für Krankenhausärzte in § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV vorgesehene Öffnung auch für Betriebsärzte gelten soll. Dementsprechend bestünde für Betriebsärzte mit Inkrafttreten des VÄndG nach wie vor die bereits unter II. 1. c) dargestellte unsichere Rechtslage. Dazu käme die Gefahr, dass bei der Auslegung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV die in § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV vorgesehene Beschränkung auf Krankenhausärzte als Argument dafür herangezogen werden könnte, dass der Gesetzgeber offensichtlich nur für Krankenhausärzte eine entsprechende Öffnung einführen wollte und sich insofern bewusst gegen die Öffnung für Betriebsärzte entschieden habe.

Eine Beschränkung der Öffnung für Krankenhausärzte durch das VÄndG ist zunächst deswegen problematisch, weil dies eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung für Betriebsärzte darstellt. Denn folgt der Gesetzgeber dem Bundessozialgericht, wonach die für Krankenhausärzte beschriebenen Gefahren im Hinblick auf § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV auch für die Betriebsärzte gelten und damit eine vergleichbare Problematik besteht, so müsste der Gesetzgeber die für den Krankenhausarzt vorgesehene Öffnung auf all diejenigen Personengruppen erstrecken, die aufgrund derselben Gefahrenlage mit den Krankenhausärzten vergleichbar sind, weil ansonsten andere Personengruppen trotz vergleichbarer Interessenlage gegenüber den Krankenhausärzten benachteiligt würden (im folgenden unter IV. 1.).

Jedenfalls müsste der Gesetzgeber im Wege eines erst-recht-Schlusses die Öffnung für Krankenhausärzte auch für Betriebsärzte vollziehen, weil die vom Bundessozialgericht herausgearbeitete Gefahrensituation bei den Betriebsärzten noch geringer ist als bei den Krankenhausärzten. Wenn sich also der Gesetzgeber entscheidet, dass der Flexibilisierung des Vertragsarztrechtes der Vorrang vor den bei den Krankenhausärzten bestehenden Bedenken einzuräumen ist, so muss dies erst recht bei den Betriebsärzten erfolgen (im folgenden unter IV. 2.).

Die in § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV aufgestellten Grundsätze gelten mit Inkrafttreten des VÄndG unverändert fort, so dass hier nach oben verwiesen werden kann (B, I., 2).

## **IV. Begründung zur Änderung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV**

### **1. Verfassungsmäßigkeit von § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV**

§ 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV in der Fassung des Gesetzentwurfs zum VÄndG verstößt in der derzeitigen Fassung gegen Art. 12 und 3 Abs. 1 GG, da Betriebsärzte gegenüber Krankenhausärzten unzulässigerweise ungleich behandelt werden sollen. Art. 3 Abs. 1 GG bewirkt über die sich aus Art. 1 Abs. 3 GG ergebende allgemeine Grundrechtsbindung die Bindung des Gesetzgebers an den Gleichheitssatz im Sinne der sog. Rechtssetzungsgleichheit.

#### **a. Ungleichbehandlung wesentlich gleicher Sachverhalte**

Wie bereits unter II. ausgeführt, ermöglicht § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV, dass ein Vertragsarzt in einem Krankenhaus als angestellter Arzt tätig sein kann. Über § 1 Abs. 3 Ärzte-ZV wird es dementsprechend auch möglich sein, dass ein Arzt als Angestellter gleichzeitig in einem Krankenhaus und in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sein kann.

Da der Entwurf zum VÄndG eine entsprechende Öffnung für Betriebsärzte nicht vorsieht, würde der Gesetzgeber Betriebsärzten nicht (zweifelsfrei) ermöglichen, mit Inkrafttreten des VÄndG gleichzeitig als Betriebsarzt (angestellt oder freiberuflich) und als Vertragsarzt bzw. als angestellter Arzt in einem MVZ oder als angestellter Arzt bei einem Vertragsarzt tätig zu sein.

Sowohl bei Krankenhausärzten als auch bei Betriebsärzten kann es zu einer Interessen- und Pflichtenkollision im Hinblick auf die vertragsärztliche Tätigkeit bzw. die Tätigkeit als angestellter Arzt in einem MVZ kommen. Gleichwohl sieht § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV in der Fassung des Gesetzentwurfs zum VÄndG vor, dass nur die Tätigkeit als Krankenhausarzt mit der Tätigkeit als Vertragsarzt bzw. als angestellter Arzt in einem MVZ zu vereinbaren ist. Grundsätzlich ist die Öffnung für Krankenhausärzte im Sinne der durch das VÄndG bezweckten Flexibilisierung des Vertragsarztrechtes begrüßenswert. Der Gesetzgeber stellt also ausdrücklich die durch das Bundessozialgericht herausgestellten Bedenken im Hinblick auf die alte Rechtslage zurück im Sinne einer wettbewerbsfähigeren vertragsärztlichen Tätigkeit. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, warum diese Änderung nicht auch für Betriebsärzte vollzogen wird, obwohl die Nichteignung für die vertragsärztliche Tätigkeit nach noch

geltendem Recht mit derselben Argumentation verneint worden ist wie für Krankenhausärzte. Konsequenterweise muss im Sinne der grundgesetzlich vorgesehenen Gleichbehandlung der Gesetzgeber eine entsprechende Tätigkeit auch für Betriebsärzte ermöglichen, da nach der gesetzlichen Änderung auch die bisherigen Bedenken bzgl. der Betriebsärzte keinen Bestand mehr haben können. In der derzeitigen Fassung des VÄndG liegt daher eine Ungleichbehandlung von wesentlich Gleichen vor.

### **b. Verfassungsrechtliche Rechtfertigung der Ungleichbehandlung**

Ein sachlicher Grund für die Ungleichbehandlung liegt nicht vor, so dass eine verfassungsrechtliche Rechtfertigung dieser Ungleichbehandlung nicht gegeben ist. Das Bundesverfassungsgericht sieht Art. 3 Abs. 1 GG bereits dann als verletzt an, wenn zwischen den Vergleichsgruppen „keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten“ (BVerfGE 85, 238, 244).

Solche Unterschiede, die eine unterschiedliche Behandlung rechtfertigen könnten, liegen zwischen Krankenhausärzten und Betriebsärzten nicht vor. Folgt man dem Bundessozialgericht, so stellt sich die Problematik einer etwaigen Interessen- und Pflichtenkollision nach § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV genauso bei den Betriebsärzten, so dass in beiden Fällen dieselbe Grundproblematik besteht.

Dies soll im folgenden nochmals verdeutlicht werden:

Das Bundessozialgericht geht bisher davon aus, dass die ärztliche Tätigkeit ihrem Wesen nach mit der vertragsärztlichen Tätigkeit dann nicht zu vereinbaren sind, wenn sich die anderweitige ärztliche Tätigkeit und die vertragsärztliche Tätigkeit vermischen können und sich dies zum Nachteil der Versicherten wegen einer faktischen Beschränkung des Rechts auf freie Arztwahl nach § 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V auswirken kann. Bei den angestellten Krankenhausärzten befürchtete das Bundessozialgericht, dass sich die Patienten nach Beendigung der stationären Behandlung verpflichtet fühlen könnten, die anschließende ambulante Behandlung bei dem gleichzeitig vertragsärztlich zugelassenen Krankenhausarzt fortzusetzen (BSG, Urteil vom 05.02.2003, Az.: B 6 KA 22/02 R, GesR 2003, 173ff, Anästhesie). Dieselbe Problematik sieht das Bundessozialgericht bei einer angestellten

Werksärztin, weil sich auch hier Patienten auf eine Erwartung des Arbeitgebers schließen könnten, sich von der Werksärztin auch vertragsärztlich behandeln zu lassen. Darüber hinaus befürchtet das Bundessozialgericht eine Vermischung des jeweiligen Tätigkeitsbereich bei einem Krankenhausarzt, weil dieser möglicherweise Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich oder umgekehrt zu Lasten der Kostenträger verlagert. Diese Gefahr sieht das Bundessozialgericht auch bei einem Betriebsarzt, weil die Gefahr bestünde, dass werksärztliche Leistungen, die über das Gehalt des Werksarztes entlohnt werden, als vertragsärztliche Leistungen abgerechnet werden würden.

Darüber hinaus geht das Bundessozialgericht davon aus, dass eine Nichteignung auch dann vorliegt, wenn der Arzt aufgrund seiner anderweitigen ärztlichen Tätigkeit Inhalt und Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit und den Einsatz der der Praxis zugeordneten sachlichen und persönlichen Mittel selbst bestimmen kann. Auch hier stellt sich sowohl bei Krankenhausärzten als auch bei Betriebsärzten die entscheidende Frage, ob der Krankenhausarzt bzw. der Betriebsarzt räumlich getrennt von seinem Arbeitgeber vertragsärztlich tätig ist, um hier unbeeinflusst vom Arbeitgeber tätig werden zu können, da ansonsten die Gefahr eines Verstoßes gegen die Pflicht zu persönlichen Leistungserbringung besteht (§ 32 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV, § 15 BMV-Ä).

Insofern lässt sich zusammenfassend festhalten, dass sich sowohl bei den Krankenhausärzten als auch bei den Betriebsärzten die Problematik im Hinblick auf die noch geltende Fassung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV daraus ergibt, dass sich beide Personengruppen in einer Doppelstellung befinden (beim Krankenhausarzt Verhältnis zum Krankenhaus bzw. beim Betriebsarzt Verhältnis zum Unternehmen und die Tätigkeit als Vertragsarzt) und sich hieraus die Umstände für eine etwaige Nichteignung (möglicherweise) ergeben. Ein sachlicher Grund für eine Ungleichbehandlung liegt daher nicht vor.

Wie bereits ausgeführt, ist auch der Gesetzgeber selbst bei der Entstehung der noch geltenden Fassung des § 20 Ärzte-ZV davon ausgegangen, dass ein solcher sachlicher Grund für eine verschiedene Behandlung von Krankenhausärzten und Betriebsärzten nicht vorliegt. Das Bundessozialgericht weist im seinem Urteil vom 15.03.1995, Az.: 6 RKa 23/94, auf die Entstehungsgeschichte der Norm hin. Hiernach



haben die Arbeitsausschüsse der Bundesausschüsse ursprünglich vorgeschlagen, dass § 20 Ärzte-ZV bestimmte Personengruppen aufzählt, die von der Zulassung ausgeschlossen sein sollten. Hier war ursprünglich geplant, als Angestellte tätige Ärzte und auch Werks- oder Betriebsärzte aufzunehmen. Auch hierdurch wird klar, dass der Gesetzgeber beide Berufsgruppen von einer Zulassung ausnehmen wollte, weil er selbst davon ausging, dass in beiden Fällen dieselben Umstände vorliegen, die zu einer Interessen- und Pflichtenkollision führen. Nur weil Bedenken bestanden, ob der Ausschluss konkret genannter Personengruppen zulässig ist, wurde letztlich die aktuelle Formulierung gewählt.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die beabsichtigte Änderung in § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung von Betriebsärzten führt und damit gegen Art. 3 GG verstößt. Aufgrund der Tatsache, dass die ärztliche Zulassung zugleich den Berufszugang der betroffenen Ärzte regelt, verstößt die beabsichtigte Änderung der Norm zugleich gegen Art. 12 Abs. 1 GG (BVerfGE 11, 30; 16, 286; Schnapp in: Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Auflage 2006, S. 82 f.). Sie ist daher auch auf Betriebsärzte zu erweitern.

## **2. „Erst-recht-Schluss“**

Der Gesetzgeber müsste ferner im Wege eines „Erst-recht-Schlusses“ die Öffnung für Krankenhausärzte auch für Betriebsärzte vollziehen, weil die vom Bundessozialgericht herausgearbeitete Gefahrensituation bei den Betriebsärzten noch geringer ist als bei den Krankenhausärzten.

Die befürchtete Vermischung der ärztlichen mit der vertragsärztlichen Tätigkeit setzt zunächst voraus, dass die Tätigkeit als Vertragsarzt inhaltlich in großem Umfang mit der anderen ärztlichen Tätigkeit deckungsgleich ist. Sofern eine Deckungsgleichheit nicht besteht oder nur in geringem Umfang besteht, ist eine solche Vermischung von vornherein nicht denkbar. Nach § 3 Abs. 1 Satz 2 ASiG haben die Betriebsärzte insbesondere den Arbeitgeber und die sonstigen verantwortlichen Personen bei der Planung, Ausführung und Unterhaltung von Betriebsanlagen und von sozialen und sanitären Einrichtungen zu beraten. Darüber hinaus erstreckt sich die Beratungsleistung u.a. auf die Beschaffung technischer Arbeitsmittel, die Auswahl und Erprobung von Körperschutzmitteln, die Beurteilung der Arbeitsbedingungen

sowie auf arbeitsphysiologische, arbeitspsychologische und sonstige ergonomische sowie arbeitshygienische Fragen (Nr. 1). Darüber hinaus soll u.a. die Durchführung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung beobachtet werden und im Zusammenhang damit die Arbeitsstätte begangen werden und Maßnahmen zur Beseitigung etwaiger Mängel vorgeschlagen werden. Ferner soll auf die Benutzung der Körperschutzmittel geachtet werden. (Nr. 3). Anhand dieser auszugsweisen Darstellung der Aufgaben der Betriebsärzte wird deutlich, dass jedenfalls ein großer Bereich der Tätigkeit der Betriebsärzte nicht patientenbezogen ist und es sich vielfach um Leistungen handelt, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind. Zumindest insoweit ist also eine Vermischung mit der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht denkbar. Der Tätigkeitsbereich des Betriebsarztes und der Tätigkeitsbereich des Vertragsarztes unterscheidet sich also wesentlich voneinander. Lediglich soweit es sich um die Untersuchung von Arbeitnehmern handelt (§ 3 Abs. 1 Nr. 2 ASiG) kann es sein, dass einzelne Leistungen auch Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind. Die Tätigkeit des patientenbezogenen tätigen Krankenhausarztes hingegen wird typischerweise mit der Tätigkeit, die er als Vertragsarzt ausübt, in größerem Umfang deckungsgleich sein als dass dies bei dem Betriebsarzt der Fall ist. Im Hinblick auf befürchtete Interessenkollisionen ist auch auf die bereits erwähnte Regelung in § 3 Abs. 3 ASiG hinzuweisen, wonach Krankmeldungen durch den Betriebsarzt nicht überprüft werden dürfen und somit eine Kontrollinstanz des Unternehmens zu verhindern.

Im Hinblick auf die geforderte Unabhängigkeit des Arztes ist auf § 8 Abs. 1 Satz 1 ASiG hinzuweisen. Es existiert also für die Betriebsärzte eine ausdrückliche gesetzliche Regelung, die die Unabhängigkeit der Betriebsärzte gewährleistet. Der Betriebsarzt ist also schon von Gesetzes wegen bei der Anwendung seiner arbeitsmedizinischen Fachkunde frei und unabhängig von Weisungen des Unternehmens und nach § 8 Abs. 1 Satz 3 ASiG nur seinem ärztlichen Gewissen unterworfen.

Selbst wenn der Gesetzgeber dieser Rechtsauffassung nicht folgt und von einer identischen Gefahrenproblematik bei Krankenhausärzten und bei Betriebsärzten ausgeht, so muss - wie bereits erörtert - jedenfalls wegen Art. 3 GG und Art. 12 GG eine Erweiterung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV auch auf Betriebsärzte erfolgen.

## **V. Formulierungsvorschlag § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV**

Um die für Krankenhausärzte vorgesehene Öffnung auch für Betriebsärzte zu ermöglichen, sollte in § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV in der Fassung des Entwurfs zum VÄndG folgender Satz 3 hinzugefügt werden:

*„Die Tätigkeit als Betriebsarzt ist mit der Tätigkeit des Vertragsarztes ebenfalls vereinbar.“*

Über die Regelung in § 1 Abs. 3 Ärzte-ZV gilt diese Regelung in § 20 Ärzte-ZV dann auch für medizinische Versorgungszentren und die dort angestellten Ärzte sowie für die bei Vertragsärzten angestellten Ärzte.

Nach einer entsprechenden Änderung wäre die Tätigkeit als Betriebsarzt mit einer Tätigkeit als Vertragsarzt bzw. als in einem MVZ tätigen Vertragsarzt bzw. angestelltem Arzt in einem MVZ (vgl. § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V) sowie mit einer Anstellung bei einem Vertragsarzt zweifelsfrei vereinbar.

Dr. Peter Wigge  
Fachanwalt für Medizinrecht

Rechtsanwälte Wigge & Kleinke  
Scharnhorststr. 40  
48151 Münster  
Telefon: 0251 / 53595-0  
Telefax: 0251 / 53595-99  
E-Mail: [kanzlei@ra-wigge.de](mailto:kanzlei@ra-wigge.de)  
Internet: <http://www.ra-wigge.de>



Vereinigung Analytischer Kinder- und  
Jugendlichen-Psychotherapeuten  
in Deutschland e.V. gegr. 1953

VAKJP e.V. · Sybelstraße 45 · D - 10629 Berlin

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Ort	Datum	Unser Zeichen / Ihre Mitgliedsnummer
Berlin	9. 10. 2006	

**(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache**

**0105(1)**

**vom 10.10.2006**

**16. Wahlperiode**

**Stellungnahme der VAKJP zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG)  
für die Anhörung im Ausschuss für Gesundheit am 18. Oktober 2006**

Die VAKJP begrüßt die mit dem VÄndG beabsichtigten Flexibilisierungen und Liberalisierungen der Berufsausübung auch der niedergelassenen Psychotherapeuten. Mit Sorge nehmen wir jedoch die Tatsache zur Kenntnis, dass der bisherige Entwurf keine Maßnahmen vorsieht, der im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen nahezu flächendeckend bestehenden (faktischen) Unterversorgung zu begegnen. Wir sehen hierin die Gefahr, nach dem GMG abermals eine günstige Gelegenheit zu versäumen, um endlich die Zementierung einer Versorgungslandschaft aufzubrechen, deren Leidtragende allein die Kinder und Jugendlichen unserer Gesellschaft sind.

**Vorsitzender**

Dipl.-Soz. Päd.  
Peter Lehndorfer  
Bräuhausstraße 4c  
82152 Planegg  
Telefon 0 89 / 8 59 53 82  
Telefax 0 89 / 89 53 09 24  
Lehndorfer@VAKJP.de

**Stellvertretende Vorsitzende**

Dipl.-Mus. Päd.  
Kristiane Göpel  
Hainbuchenweg 29  
72076 Tübingen  
Telefon 0 70 71 / 64 03 64  
Telefax 0 70 71 / 64 03 65  
Goepel@VAKJP.de

**Stellvertretende Vorsitzende  
(Pressesprecherin)**

Dipl.-Soz. Päd.  
Dipl.-Supervisorin  
Helene Timmermann  
Sophienallee 24  
20257 Hamburg  
Telefon 0 40 / 4 01 46 20  
Telefax 0 40 / 4 01 43 44  
Timmermann@VAKJP.de

**Vorstandsmitglied**

(Vertreter des Beirats)  
Uwe Keller  
Carl-Orff-Straße 1  
71069 Sindelfingen  
Telefon 0 70 31 / 38 19 24  
Telefax 0 70 31 / 41 62 56  
Keller@VAKJP.de

**Vorstandsmitglied  
(Vertreterin der StäKo)**

Dipl.-Soz. Päd.  
Christine Röpke  
Bruderstraße 2  
80538 München  
Telefon 0 89 / 2 28 56 36  
Roepke@VAKJP.de

**Geschäftsführer / Justitiar**

Rechtsanwalt  
Jörn W. Gleiniger  
Sybelstraße 45  
10629 Berlin  
Telefon 0 30 / 32 79 62 60  
Telefax 0 30 / 32 79 62 66  
Geschaeftsstelle@VAKJP.de

Geschäftszeiten  
Montag - Freitag  
9.00 - 14.00 Uhr

**Bankverbindung**

Postbank Karlsruhe  
Konto 22 027-758  
BLZ 660 100 75

[www.VAKJP.de](http://www.VAKJP.de)

## 1. Die Ausgangslage

Nach § 101 Abs. 4 SGB V bilden ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine gemeinsame Arztgruppe innerhalb der Bedarfsplanung, wobei hierbei den Ärzten einerseits sowie den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits bis zum 31.12.2008 jeweils mindestens 40 % der bedarfsplanungsrechtlich verfügbaren Praxissitze reserviert sind.

Angesichts des gesetzgeberischen Verzichts auf jedwede spezifische Steuerungsinstrumente überläßt diese Regelung es strukturell betrachtet dem Zufall, ob und in welchem Umfang Angebote im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche tatsächlich zustande kommen. Bei ergänzender historischer Betrachtung fällt der Befund noch verheerender aus: die hohe Zahl bedarfsunabhängiger Zulassungen und Ermächtigungen der Jahre 1999 und 2000 nach § 95 Abs. 10 und 11 SGB V hat zu einer weitgehenden Zementierung einer Praxislandschaft geführt, in der psychotherapeutische Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche schon vor 1999 deutlich unterrepräsentiert waren. Den Gesetzgeber des Psychotherapeutengesetzes (BGBl. I 1998, 1311) hatte diese Tatsache seinerzeit zu der Entscheidung veranlaßt, neben dem neuen Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten auch den Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu schaffen, weil hierin richtigerweise eine unverzichtbare strukturelle Voraussetzung für die erfolgreiche Organisation eines psychotherapeutischen Versorgungsangebots auch für Kinder und Jugendliche erkannt wurde. Indes ist die Organisation dieses Versorgungsangebots in den meisten Planungsbereichen nicht annähernd ausreichend gelungen:

- a. Kinder und Jugendliche machen mehr als ein Fünftel unserer Bevölkerung aus. Psychische Beeinträchtigungen und Störungen sind bei ihnen keineswegs seltener als bei Erwachsenen, im Spektrum aller Erkrankungen des Entwicklungsalters spielen sie vielmehr eine immer größere Rolle. Sie sind deshalb für die Gesellschaft eine besondere Herausforderung. Aktuelle internationale epidemiologische Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass bei knapp 20 % aller Kinder und Jugendlicher abklärungswürdige psychische Störungen oder umschriebene krankhafte Verhaltensauffälligkeiten bestehen, bei denen wenigstens einmal im Lauf ihrer Entwicklung ein diagnostisch-therapeutischer Handlungsbedarf besteht.
- b. Psychische Krankheiten im Kindes- und Jugendalter wachsen sich nicht aus, sondern kehren wieder. Die Hälfte aller Angststörungen beginnt beispielsweise schon vor dem elften Lebensjahr. Neun von zehn Menschen, die im Kindesalter unter Trennungsangst litten, sind als Erwachsene psychisch krank.

- c. Die aktuellste Erhebung zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist die BELLA-Studie des Robert-Koch-Instituts, die in den Jahren 2003 - 2006 4.000 7-17-Jährige untersuchte. Insgesamt liegen bei 21,8 % zumindest Hinweise auf psychische Auffälligkeiten vor. Von den Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten litten 5,4 % an Depressionen, 10 % an Angst, 2,2 % an ADHS und 7,6 % an Störungen des Sozialverhaltens. Das Auftreten von Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten wird mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status der Familien signifikant häufiger. Es zeigte sich, dass nur 48 % der Kinder, die als psychisch krank eingestuft wurden, in Behandlung sind.

Vor diesem Hintergrund haben neben präventiven Maßnahmen eine qualifizierte, möglichst frühzeitige Diagnostik und Behandlung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter angesichts ihrer erheblichen individuellen Entwicklungsrisiken und ihrer potentiellen gesellschaftlichen Auswirkungen auch einen hohen gesundheitspolitischen Stellenwert.

## **2. Begegnung der Unterversorgung durch die Einführung einer Mindestversorgungsquote**

In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung innerhalb der GKV ist es eine seit Jahren immer wieder belegte Tatsache, dass psychisch kranke Kinder bzw. ihre Eltern kein adäquates Psychotherapieangebot finden oder unzumutbare Wartezeiten in Kauf nehmen müssen:

- a. Am Beispiel der Versorgungssituation in Baden-Württemberg, einem vergleichbar gut versorgten Bundesgebiet, haben Nübling et. al., in einer im September 2006 im Psychotherapeutenjournal erschienenen Arbeit Modellrechnungen zur Abschätzung des tatsächlichen Versorgungsgrades veröffentlicht. Sie sprechen davon, dass nur ein Bruchteil der betroffenen Kinder und Jugendlichen in Baden-Württemberg - zwischen 4 % und 35 % - versorgt werden können.
- b. Eine im Jahr 2002 von unserem Verband in Bayern durchgeführte Umfrage bei den zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit den Vertiefungsfächern der Tiefenpsychologisch fundierten und Analytischen Psychotherapie ergab, dass die durchschnittliche Wartezeit bis zum Erstinterview bei ca. fünf Wochen, bis zum Therapiebeginn jedoch bei über sechs Monaten lag.

Wir halten es für erforderlich, die Bedarfsplanung so zu justieren, dass im relevanten Umfang mehr Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche entstehen können. Änderungen der Bedarfsplanung führen zu kalkulierbaren Mengenausweitungen und damit planbaren Mehrausgaben.

Zur **Lösung der Problematik** schlagen wir die Einführung von Mindestversorgungsgraden für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten, die ausschließlich psychisch kranke Kinder und Jugendliche behandeln, vor. Diese Mindestversorgungsgrade sollen (entsprechend dem Anteil von Kindern und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung) dazu führen, dass 20 % der Vertragsarzt- bzw. Vertragspsychotherapeutensitze für die genannten Behandlergruppen reserviert werden. Erforderlich hierfür ist auf gesetzlicher Ebene eine Umformulierung der Quotierung aus § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V.

Nach Berechnungen der KBV könnten mit einer solchen Mindestquote zusätzlich ca. 800 Sitze geschaffen werden, die im Übrigen gerade in (faktisch) stark unterversorgten Gebieten Entlastung bringen würden. Da die Sicherstellung einer angemessenen Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ebenso wie die Familienpolitik eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, dürfen die zusätzlich benötigten Mittel nicht der Gesamtvergütung entzogen und damit den Ärzten und Psychotherapeuten aufgebürdet werden. Eine Bundesempfehlung zur entsprechenden Anpassung der Gesamtvergütung kann regionale Auseinandersetzungen zur Finanzierung vermeiden helfen.

Mittelfristig wären auf diese Weise aus unserer Sicht sogar Einsparungen erreichbar, da sich junge, psychisch gesunde Menschen besser in die Gesellschaft einfügen und den ihnen zugeordneten Anteil am gesellschaftlichen Leben in ausreichendem Umfang bewältigen können.

Die in früheren Verlautbarungen des Bundesministeriums für Gesundheit, auch gegenüber der VAKJP, statt dessen favorisierte Ausschöpfung des Instruments der **Sonderbedarfszulassung** hat sich in der Praxis als ineffektiv erwiesen, denn die Vergabe von Sonderbedarfszulassungen ist weitgehend dem gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren Beurteilungsspielraum der Zulassungsausschüsse überlassen. Zur Beseitigung eines strukturellen ordnungspolitischen Defizits wie der faktischen Unterversorgung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist das Instrument der Sonderbedarfszulassung daher untauglich.

### **3. Häftiger Entzug der Zulassung**

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme (BT-Drs. 16/2474, Anlage 2) vorgeschlagen, durch das VÄndG die Möglichkeit zum häftigen Zulassungsentzug einzuführen (§ 95 Abs. 6 Satz 1a - neu - SGB V); hingegen hatte die Bundesregierung in ihrem Gesetzentwurf die Beschränkung auf den häftigen Versorgungsauftrag noch ausschließlich der freiwilligen Entscheidung des Vertragsarztes bzw. Vertragspsychotherapeuten überlassen wollen (§ 95 Abs. 3 Satz 1 - neu - SGB V i.V.m. § 19a Abs. 2 - neu - Ärzte-ZV). In ihrer Gegenäußerung (BT-Drs. 16/2474, Anlage 3) hat die Bundesregierung nunmehr aber der vom Bundesrat vorgeschlagenen Möglichkeit des häftigen Zulassungsentzugs vorbehaltlich einer rechtsförmlichen Überarbeitung grundsätzlich zugestimmt.

Der hälftige Entzug der Zulassung steht als repressives Instrument in direktem Gegensatz zur ursprünglichen Absicht der Bundesregierung, durch das VÄndG zu einer Flexibilisierung und Liberalisierung der Berufsausübung zu gelangen: so soll mit den Neuregelungen ausdrücklich auch die **Vereinbarkeit von Familie und Beruf** gefördert werden, weshalb die Möglichkeit zur Beschränkung auf den hälftigen Versorgungsauftrag mit Blick auf die **zunehmende Feminisierung des Gesundheitswesens** vor allem auch an **Vertrags(zahn)ärztinnen und Psychotherapeutinnen** adressiert sein soll (BT-Drs. 16/2474, Seite 16). Vor diesem Hintergrund erweist sich die Möglichkeit des hälftigen Zulassungsentzugs als in dreierlei Hinsicht kontraindiziert:

- a. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist überwiegend ein zeitlich vorübergehendes Anliegen der Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeutinnen und bezieht sich daher nicht zwingend auf die gesamte Dauer ihres Berufslebens. Angesichts der nach dem Gesetzentwurf ausgeschlossenen Möglichkeit, in gesperrten Planungsbereichen eine Aufhebung der Beschränkung auf den hälftigen Versorgungsauftrag zu erreichen (§ 19a Abs. 3 - neu - Ärzte-ZV),

*vgl. insoweit auch die Begründung BT-Drs. 16/2474, Seite 28: „Ein Antrag auf Erweiterung der Teilzulassung kann deshalb z.B. wegen bestehender Zulassungsbeschränkungen abgelehnt werden.“*

sollte die Beschränkung auf den hälftigen Versorgungsauftrag konsequent der freiwilligen Entscheidung der Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeutinnen überlassen bleiben. Im Fall der Möglichkeit eines auch zwangsweisen Entzugs der hälftigen Zulassung droht eine strukturelle Schlechterstellung ausgerechnet der Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeutinnen in ihren beruflichen Lebensperspektiven, da sie nach wie vor diejenigen sind, die die Hauptlast der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in unserer Gesellschaft tragen. Das Anliegen des Gesetzentwurfs würde damit geradewegs konterkariert werden.

Davon betroffen wären vor allem auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, da es sich bei diesem Beruf ganz überwiegend um einen Frauenberuf handelt: mehr als zwei Drittel der Mitglieder der VAKJP als dem größten Berufs- und Fachverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland sind Frauen.

- b. Mit Blick auf diese Zusammenhänge muss die Möglichkeit des hälftigen Zulassungsentzugs auch zu einer weiteren Verschlechterung der faktisch ohnehin schon unzureichenden Versorgungslage (s.o.) im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie führen, denn in dauerhaft überversorgten Planungsbereichen

*- aufgrund der o.g. bedarfsunabhängigen Zulassungen und Ermächtigungen der Jahre 1999 und 2000 wird es in zahlreichen Planungsbereichen dauerhaft Überversorgungsgrade von weit über 110 % geben, weil trotz Überversorgung jeder Praxissitz nach § 103 Abs. 4 SGB V nachbesetzt werden kann -*



bestehen dauerhaft kaum Aussichten auf eine Zurückgewinnung des vollen Versorgungsauftrages. Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeutinnen nach Abschluss ihrer Lebensphase, in der für sie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf vorrangig war, auf die Möglichkeit des Zukaufs eines ausgeschriebenen hälftigen Praxissitzes zu verweisen, würde ihre Schlechterstellung nur verschärfen: sie wären hier auch noch gegenüber denjenigen Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeutinnen benachteiligt, die von vornherein auf eine Familie bzw. die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verzichtet hatten, um so nicht nur ihre Lebensarbeitszeit voll ausschöpfen, sondern auch von Anfang an ihre Aufwendungen zum Erwerb eines Praxissitzes amortisieren zu können.

- c. Schließlich stößt die Möglichkeit des hälftigen Zulassungsentzugs aus Sicht der VAKJP auch auf rechtliche Bedenken. Während die Bundesregierung in ihrem ursprünglichen Gesetzentwurf lediglich eine „Beschränkung des Versorgungsauftrages“ vorgesehen hatte, die aufgehoben werden kann (s.o. a.), sieht der Vorschlag des Bundesrates den „Entzug der hälftigen Zulassung“ vor: die Möglichkeit der Aufhebung der Beschränkung entfielen hierbei. Anders als die Beschränkung ist der hälftige Entzug der Zulassung statusrelevant.

Nach dem Willen des Bundesrates (§ 95 Abs. 6 Satz 1a - neu - SGB V) soll hierzu an den bestehenden Satz 1 in § 95 Abs. 6 SGB V angeknüpft werden, wonach die Zulassung entzogen werden kann, wenn

- ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen,
- der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder
- seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt.

Indes kann keine dieser drei Voraussetzungen im Fall eines hälftigen Zulassungsentzugs erfüllt sein: bei Nichtausschöpfung eines vollen Versorgungsauftrages im Einzelfall sind erstens weder die Voraussetzungen der Zulassung in Frage gestellt noch kann zweitens davon die Rede sein, dass der Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeut seine Tätigkeit nicht aufgenommen hat oder nicht mehr ausübt noch läge darin drittens eine gröbliche Pflichtverletzung.


Insbesondere letzteres kann deswegen nicht angenommen werden, weil die Fälle der gröblichen Pflichtverletzung nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Unzumutbarkeit der Fortsetzung der Rechtsbeziehung zwischen Vertragsarzt und Kassenärztlicher Vereinigung erfordern: gemeint sind hier vor allem die Fälle, in denen durch das Verhalten eines Arztes das Vertrauen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen insbesondere in die ordnungsgemäße Behandlung der Versicherten und in die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen durch diesen Arzt so gestört ist - etwa wegen fortgesetzter Verstöße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot -, dass diesen eine weitere Zusammenarbeit mit dem betreffenden Arzt nicht zugemutet werden kann (so ausdrücklich BSG MedR 1997, 86). Folglich können über die Variante der gröblichen Pflichtverletzung nicht die Voraussetzungen des (ggf. nur teilweisen) Nicht-mehr-Ausübens der vertragsärztlichen Tätigkeit umgangen werden, denn zu diesen gehört nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts subjektiv auch die Aufgabe des Willens, an der Versorgung kontinuierlich teilzunehmen (BSG vom 19.12.1984, USK 84272). Der Zulassungsent-

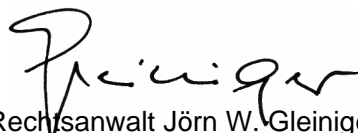
zug ist somit als ultima ratio an durchgehend hohe Anforderungen geknüpft. Die Anforderungen, deren Erfüllung § 95 Abs. 6 Satz 1 SGB V voraussetzt, sind auf den Fall des vollständigen Zulassungsentzugs zugeschnitten; ihre Anwendung auch auf den hälftigen Zulassungsentzug dürfte entgegen der Auffassung des Bundesrates nicht möglich sein.

#### 4. Weiterentwicklung der Anbieterstrukturen

Das VÄndG sieht eine Weiterentwicklung der Anbieterstrukturen innerhalb von Selektiv- und Kollektivvertragssystemen vor. Dabei ist das Kompetenzprofil der Gesundheitsberufe zu berücksichtigen, um eine effiziente Versorgung zu ermöglichen. Es bedarf deshalb der Klarstellung, dass Psychotherapeuten ihre Patienten in psychotherapeutische und psychiatrische Einrichtungen einweisen und Hilfsmittel, wie zum Beispiel Ergo- und Sprachtherapie, verordnen können. Dies ist fachlich begründet und notwendig, um zu einer effektiveren Versorgung zu kommen.

Wir bitten Sie, unsere Vorschläge innerhalb des Gesetzgebungsverfahrens zum VÄndG aufzugreifen. Für Nachfragen stehen wir gerne zur Verfügung. Gerne werden wir auch an der Anhörung am 18. Oktober 2006 teilnehmen.

  
Peter Lehndorfer  
Vorsitzender

  
Rechtsanwalt Jörn W. Gleiniger  
Geschäftsführer / Justitiar



AOK-Bundesverband · Postfach 20 03 44 · 53170 Bonn

An die  
Mitglieder des  
Gesundheitsausschusses  
des deutschen Bundestags

**AOK-Bundesverband**  
Vorsitzender des  
Vorstandes

Bonn, den 24.10.2006  
P (0) /P (1)

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze  
Hier: Stellungnahme zu Änderungsanträgen hinsichtlich der Entschuldung der Krankenkassen

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Nachgang zur Anhörung am Montag erhalten Sie anliegend unsere Stellungnahme zu Änderungsanträgen hinsichtlich der Entschuldung der Krankenkassen. Ziel der AOKs ist es, ihre Verschuldung konsequent weiter abzubauen. Die Schulden sind in 2002 und 2003 entstanden, weil notwendige Beitragssatzerhöhungen – nicht zuletzt auf Druck der Politik – nicht vollzogen wurden. In den neuen Bundesländern sind die Schulden im wesentlichen auf die Aufbaujahre nach der Wiedervereinigung zurück zu führen. Um Beitragssatzerhöhungen zu vermeiden, war eine Verschuldung dort bis zum 31.12.1998 per Gesetz (§ 222 Abs. 1 SGB V) sogar ausdrücklich gewollt.

Die AOK nutzt den heutigen § 265a SGB V bereits intensiv und unterstützt strukturell benachteiligte Kassen mit erheblichen finanziellen Aufwändungen. Seit 2003 wurden von der AOK bereits fast 2 Mrd. Schulden zurückgeführt. Zudem verfügen alle betroffenen AOKs über genehmigte Haushalte durch ihre zuständigen Landesaufsichten - darin enthalten sind auch entsprechende Entschuldungspläne.

Durch die Verschiebung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) von 2007 auf 2009, die Rückführung des Bundeszuschusses (Tabaksteuer) sowie die Erhöhung der Mehrwertsteuer fehlen allein der AOK in den nächsten zwei Jahren rd. 5 Mrd. Diese Entscheidungen haben die Grundlage der Entschuldungspläne nachhaltig verändert. In der Konsequenz wird es den AOKs daher nicht möglich sein, ihre Verschuldung bis Ende 2007 vollständig abzubauen. Für die neuen Bundesländer ist überdies bisher per geltendem Gesetz eine Entschuldungsfrist bis zum 31.12.2008 vorgesehen (§ 222 Abs. 4 SGB V).

Es bedarf daher einer Verlängerung des Entschuldungszeitraums um mindestens ein Jahr im Westen wie in den neuen Bundesländern. Darüber hinaus muss die Möglichkeit kassenarteninterner Finanzhilfen über § 265 a SGB V auch darüber hinaus möglich sein, um Schließungen von Versorgerkassen infolge struktureller Verwerfungen (wie z.B. in Berlin) weiter vermeiden zu können.

Kortrijker Straße 1  
53177 Bonn  
Telefon (02 28) 8 43-3 19  
Telefax (02 28) 8 43-7 29  
E-Mail hansjuergen.ahrens@bv.aok.de

Nicht Bestandteil der vorliegenden Änderungsanträge, aber im engen inhaltlichen Zusammenhang mit der Neuregelung des § 265a SGB V steht die im Rahmen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (WSG) in § 171b SGB V vorgesehene Insolvenzfähigkeit der Kassen sowie die Ausgestaltung der nachgelagerten Haftung (§ 155 Abs. 5 i.V.m. § 146a SGB V).

Die Problematik des Abbaus der Verschuldung wird durch die Einführung der Insolvenzfähigkeit der Kassen nochmals massiv verschärft und gefährdet in der Konsequenz die gesamte gesundheitliche Versorgung! Infolge der Anwendung des Insolvenzrechts müssen alle Kassen erstmalig Verpflichtungen für zugesagte betriebliche Altersvorsorgeansprüche in ihrer Bilanz berücksichtigen. Dies forciert die Schließung von Kassen massiv – im übrigen weit über die AOKs hinaus. Denn nach einer notwendigen Eröffnungsbilanz nach der Insolvenzordnung wären vielen Kassen sofort als überschuldet zu betrachten – darunter auch Kassen, die nach heutiger Definition keine Schulden (mehr) haben. Muss eine Kasse deshalb schließen, müssen die Lasten im Rahmen einer vorgesehenen nachgelagerten Haftung (§ 155 Abs. 5 SGB V) von den anderen Kassen der Kassenart getragen werden. Es setzt ein Dominosteineffekt ein, bei dem die insolventen Kassen die noch solventen Kassen der gleichen Kassenart mitreißen. Mit der Insolvenz werden die strukturellen Probleme einer ungünstigen Versichertenstruktur darüber hinaus nicht gelöst, sondern nur durchgereicht. Die Krankenkasse, die die ungünstigen Risiken von einer insolventen Krankenkasse aufnimmt, wird zwangsläufig die nächste Kasse mit Zahlungsschwierigkeiten sein. Die Einführung des Insolvenzrechts bedeutet eine fristlose Änderung der Geschäftsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung und stellt zusammen mit dem Wegfall des Haftungsverbands einen Paradigmenwechsel für die gesetzliche Krankenversicherung dar: Bislang existieren solidarische kassenarteninterne Haftungsverbände mit einem körperschaftlich verfassten Bundesverband als systemische Haftungsebene für die Sicherstellung der vollständigen Vergütung der Leistungserbringer - und damit der Gesundheitsversorgung der Versicherten. Zukünftig findet nur noch eine anteilmäßige und geringfügige Befriedigung der Leistungserbringer gemäß der Insolvenzordnung statt. Rechnungen etwa von Ärzten oder Krankenhäusern werden nicht mehr (vollständig) bezahlt und ziehen dort so Anschlussinsolvenzen nach sich. Die flächendeckende Gesundheitsversorgung wird aufs Spiel gesetzt! Die Haftungsbefreiung für den Bund, die mit der Einführung der Insolvenzfähigkeit erstrebt wird, ist nach einem Gutachten von Prof. Rupert Scholz im Auftrag des AOK-Bundesverbandes überdies verfassungswidrig. Denn der Bund entzieht sich seiner verfassungsrechtlichen Funktionsgewährleistungsverantwortung für ein funktionierendes System der Gesundheitsversorgung. Das Risiko soll über das Insolvenzverfahren letztlich den Versicherten, Patienten, Ärzten, Krankenhäusern, den übrigen Leistungserbringern und den Kassen-Mitarbeitern aufgebürdet werden.

Das Insolvenzrecht ist für die GKV als Haftungs- und Abwicklungsrecht völlig ungeeignet. Es ist auch kein alternatives, modifiziertes Insolvenzrecht für die GKV denkbar. Vielmehr braucht es ein eigenes sozialrechtliches Schließungsrecht im Sozialgesetzbuch (SGB). Und das gibt es - funktionsfähig über die bestehenden Haftungsverbände durch die Bundesverbände.

Im Rahmen des weiteren Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) muss daher auf die Einführung der Insolvenzfähigkeit von Kassen verzichtet werden und die bestehenden Haftungsverbände sind beizubehalten.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Hans Jürgen Ahrens', written in a cursive style.

Dr. Hans Jürgen Ahrens

**Änderungsantrag 2, Artikel 1 Nr. 15 b  
§ 265a Abs. 1 und 2 SGB V (Finanzielle Hilfen)**

**A. Beabsichtigte Neuregelung**

Satzungsmäßige Sicherstellung der Gewährung finanzieller Hilfen in 2007. Die kombinierte Regelung soll die Gewährung finanzieller Hilfen erleichtern und die Entschuldung bis zum Ende des Jahres 2007 – jeweils innerhalb der Kassenarten – erzwingen.

- Ergänzung der bisherigen Regelung um den Hilfezweck der Entschuldung
- Mehrheit der anwesenden Verwaltungsmitglieder ausreichend für Beschlussfassung

**B. Stellungnahme**

Die Regelung ist im Einzelnen differenziert zu bewerten. Die Aufbringung finanzieller Hilfen durch die übrigen Mitglieder der Kassenart und deren Beitragszahler ist einerseits so auszugestalten, dass die Wettbewerbsfähigkeit der übrigen Mitglieder der Kassenart nicht gefährdet wird. Andererseits muss insbesondere vor dem Hintergrund der geplanten Änderung des § 155 für die weiterhin haftenden Kassenarten die Option erhalten bleiben, durch freiwillige Finanzhilfen die aus Sicht der Kassenart „unternehmenspolitisch“ nicht gewollte Schließung einzelner Kassen und somit den Eintritt der Haftung auch nach 2008 zu vermeiden. Es kann nicht sein, dass zukünftig die Kassenart weiterhin das Haftungsrisiko tragen, dass eintreten des Haftungsfalles aber durch die Kassenart nicht beeinflussbar sein soll.

Insofern ist die spezielle Zielverpflichtung und Buchstabe b zu streichen, da diese auch in der bisherigen Regelung ausreichend abgebildet und bereits im AOK System umgesetzt wird. Die Befristung der Möglichkeit zur Gewährung finanzieller Hilfen ist ebenfalls zu streichen.

Grundsätzlich ist auf die Friktion der in der Begründung genannten Frist der Entschuldung bis zum 31.12.2007 auf den Wortlaut des § 222 Abs. 4, der eine Entschuldungsfrist bis 2008 vorsieht, hinzuweisen (siehe Stellungnahme zu Abs. 3).

Die vorgesehenen Erleichterungen zur Beschlussfassung und Anwendung der Satzungsregelung nach § 265 a scheinen nicht sachgerecht. Da es um eine Umverteilung

finanzieller Mittel in erheblichen Umfang geht und das Zustimmungserfordernis der einzelnen Krankenkassen hierzu entfallen ist, müssen die Satzungsbestimmungen weiterhin mit der Mehrheit gemäß § 64 Abs. 1 Satz 1 gefasst werden.

Allerdings ist vor dem Hintergrund der Erfahrungen auch darauf hinzuweisen, dass das tatsächliche Wirksamwerden einer Neuregelung nicht allein in der Hand der jeweiligen Verwaltungsräte der Bundesverbände liegt. In den Jahren 2005 und 2006 lag die Bearbeitungszeit der Genehmigungsbehörde, d. h. des Bundesministeriums für Gesundheit, jeweils zwischen neun und dreizehn Wochen.

Überschrift und Abs. 1 Satz 1 sollten redaktionell angepasst werden.

Unerlässlich für die effektive Umsetzung der Gewährung finanzieller Hilfen nach bisherigem wie auch nach dem geplanten neuen Recht einschließlich der damit verbundenen Verwaltungs- und Gerichtsverfahren ist der Erhalt des Status der Bundesverbände als Körperschaft des öffentlichen Rechts. Schon wegen des bisher in Anspruch genommenen Rechtsschutzes durch Krankenkassen ist mit dem Abschluss der Verfahren nicht bis zum Inkrafttreten der Neuregelung des Organisationsrechts der bisherigen Bundesverbände (vgl. §§ 212ff SGB V [GKV-WSG]) zu rechnen.

### **C. Änderungsvorschlag**

1. Die Überschrift sollte „Finanzielle Hilfen“ lauten.

In Absatz 1 sollte es heißen „.....Bestimmungen über die Gewährung finanzieller Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart oder zur Erhaltung deren Wettbewerbsfähigkeit vorzusehen.“ (Die Untergliederung in die Ziele a und b entfällt.)

§ 265 a Abs.1 Satz 3 ist zu streichen.

Die vorgesehene Befristung des § 265 a SGB V bis zum 31.12.2008 ist aufzuheben.

Der bisherige Status der Verbände als Körperschaft öffentlichen Rechts nach § 212 SGB V sollte erhalten bleiben.

## **Änderungsantrag 2, Artikel 1 Nr. 15 b § 265a Abs. 3 SGB V (Finanzielle Hilfen)**

### **A. Beabsichtigte Neuregelung**

Inhalt der bis zum 31.01.2007 zu beschließenden Satzungsregelungen zu finanziellen Hilfen.

- Satz 1 beschreibt Anforderung an Satzungsregelung und Zweck, Entschuldung spätestens Ende 2007 zu erreichen
- Satz 2 verlangt Satzungsregelung zu einer erforderlichen Beitragssatzanhebung der Hilfe empfangenden Kasse
- Satz 3 beschreibt Vorgaben für die Satzung zur Aufbringung der Mittel und Anknüpfung an die Leistungsfähigkeit zahlender Kassen.

### **B. Stellungnahme**

Der Zwang zur Entschuldung ist nicht sachgerecht (vgl. Kommentar zu Absatz 1 und 2)

Wird diese Regelung nicht gestrichen, ist zumindest die Frist um mindestens 1 Jahr zu verlängern und die Bezugnahme statt auf § 222 Abs. 1 auf Abs. 4 und anzupassen.

Darüber hinaus ist die Regelung in Satz 1 aus rechtlicher Sicht hinsichtlich der heranzuziehenden Parameter für die Verschuldung zu präzisieren. Gemäß § 265a Abs. 2 SGB V (neu) können finanzielle Hilfen auch für das Jahr 2007 als Darlehen gewährt werden. Diese Darlehen können dann aus Ihrer Zweckbestimmung heraus nicht zugleich auch wieder im Jahr 2007 im Sinne einer Entschuldung abgebaut werden. Für die Ermittlung der Verschuldung im Sinne des § 222 Abs. 4 SGB V sind deshalb gesetzlich zulässige Darlehen nach den §§ 262, 265 und 265a SGB V unbeachtlich.

Die Regelung aus Satz 2 ist anzupassen. Eine Satzungsregelungen des Bundesverbandes stehen in keinem Vorrangverhältnis zu den Satzungsregelungen der Mitglieds-kassen. Beide sind als untergesetzliche Normen gleichrangig. Folgerichtig kommt es bei den jeweiligen Genehmigungsverfahren der Satzungen zu einem Kompetenzkonflikt



und zur Kollision aufsichtsrechtlicher Beurteilungen über den angemessenen Beitragsatz. Darüber hinaus birgt die Regelung die Gefahr, dass eine starre satzungsmäßige Beitragssatzanpassungsklausel angesichts unterschiedlicher Preiselastizitäten der Mitglieder zielwidrig Minder- statt Mehreinnahmen auslösen kann. Auf Basis des gesetzlichen außerordentlichen Kündigungsrechtes kann infolge von Mitgliederabwanderung trotz Beitragssatzerhöhung ceteris paribus eine Erhöhung statt Senkung der Verschuldung bewirkt werden. Von daher ist erfahrungsgemäß der Verzicht auf eine Fixierung in der Satzung und stattdessen die vertragliche Vereinbarung kassenindividueller Sanierungspläne, wie es aktuell Vereinbarungen konkret vorsehen, sachgerecht.

Satz 3 berücksichtigt nicht, dass in dem Beitragssatz im Lichte des § 220 Abs. 1 Satz 2 SGB V bereits die vorhanden oder nicht vorhandenen Rücklagen zu berücksichtigen sind. Durch die Worte „und die Höhe der Finanzreserven“ droht bei der Heranziehung eine nicht vertretbare doppelte Berücksichtigung.

Satz 3 könnte wegen des Begriffs „Aufteilung der Hilfen“ mißverstanden werden. In der Begründung wird zutreffend von „Aufbringung der erforderlichen Finanzhilfen“ gesprochen.

### **C. Änderungsvorschlag**

Es sollten in der Begründung folgende Sätze ergänzt werden: „Für die Ermittlung der Verschuldung im Sinne des § 222 Abs. 1 SGB V sind gesetzlich zulässige Darlehen nach den §§ 262, 265 und 265a SGB V unbeachtlich. Die Verschuldung bestimmt sich im übrigen auf Grundlage der Jahresrechnung.“

Satz 1 wäre wie folgt zu ändern:

„Die Satzungsregelungen nach Absatz 1 sind zum 31. Januar 2007 zu beschließen.“

Wird diesem Vorschlag nicht gefolgt, ist der letzte Teilsatz wie folgt zu fassen:

„...nach 222 Abs. 4 und 5 bestehenden Verschuldung bis zum 31.12.2008 zu gewährleisten.“

In Satz 2 des Gesetzentwurfs sollten die Worte „ihren allgemeinen Beitragssatz anheben muss“ durch die Worte „durch Eigenleistungen und Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit ihre Schulden zu tilgen hat.“ Die Formulierung entspricht auch der Begründung zu Abs. 3. Die Begründung zu Abs. 3 könnte deshalb in Satz 2 um die Worte „wie beispielsweise Beitragssatzanhebungen“ nach dem Wort Eigenleistung ergänzt werden.

In Satz 3 des Gesetzentwurfs sollten die Worte „und die Höhe der Finanzreserven“ gestrichen werden und die Worte „Aufteilung der Hilfen“ durch „Aufbringung der erforderlichen Finanzhilfen“ ersetzt werden.

**Änderungsantrag 2, Artikel 1 Nr. 15 b  
§ 265a Abs. 4 SGB V (Finanzielle Hilfen)**

**A. Beabsichtigte Neuregelung**

Erstellung von Entschuldungskonzepten bis 31. Januar 2007.

**B. Stellungnahme**

Die Regelung berücksichtigt nicht, dass am 31. Januar 2007 die Verschuldung am 31. Dezember 2006 durch die Jahresrechnung 2006 noch nicht nachgewiesen werden kann. Grundlage der Ermittlungen hinsichtlich der Verschuldung ist die Jahresrechnung der Krankenkassen. Diese liegen dem Bundesverband ab Mitte Mai eines Jahres vor und müssen bis zum 15. Juni des Jahres an das BMG gemeldet werden (Ausfüllanleitung zu § 9 KSVwV). Auf der Basis der Jahresrechnung erfolgt die Erstellung von Entschuldungskonzepten einschl. Abstimmung mit der jeweiligen Krankenkasse bis zum 30. Juni des Jahres.

Krankenkassen können somit erst auf Basis der Jahresrechnung 2006, d. h. erst ab Mai des Jahres 2007 die Verschuldung zum 31. Dezember 2006 darlegen. Im Übrigen kann die Beseitigung der Verschuldung bis zum 31. Dezember 2007 erst dann nachprüfbar dargelegt werden, wenn der gesetzliche Rahmen der Krankenkassen für das gesamte Haushaltsjahr 2007 verbindlich bekannt gemacht wurde. Auf Grund der verbleibende Frist im Jahr 2007 ist eine Entschuldungsvorgabe bis zum 31.12.07 in der Praxis nicht umsetzbar und die Zeitvorgabe daher zu streichen.

**C. Änderungsvorschlag**

Die Zeitvorgabe 31. Januar 2007 ist zu ersetzen durch „mit fristgerechter Vorlage ihrer Jahresrechnung“ bzw. im 2. Satzteil zu streichen.

**Änderungsantrag 2, Artikel 1 Nr. 15 b  
§ 265a Abs. 5 SGB V (Finanzielle Hilfen)**

**A. Beabsichtigte Neuregelung**

Regelungen bzgl. aufschiebender Wirkung von Klagen.

**B. Stellungnahme**

Die Regelung könnte den Umkehrschluß zulassen, dass Klagen gegen Finanzielle Hilfen nach Buchstabe a aufschiebende Wirkung haben sollen: Zumindest geht Abs. 5 als besondere Regelung den allgemeinen Regelung nach §§ 86a und 86b SGG vor.

Da die bisherige Hilfestellung nach der alten Regelung zu § 265a SGB V auch der Entschuldung dient, sollte sie ebenfalls nicht durch einstweiligen Rechtsschutz gefährdet werden.

**C. Änderungsvorschlag**

In Abs. 5 werden die Worte „Buchstabe b“ gestrichen.

**Änderungsantrag 7, Artikel 1 Nr. 15 a  
§ 222 Abs. 6 SGB V  
(Ausweisung von Beitragssatzanteilen zur Entschuldung in der Satzung)**

Der Änderungsantrag sieht vor, dass § 222 um einen Absatz 6 ergänzt werden soll, demzufolge in der Satzung der Krankenkasse die Beitragssatzanteile, die zur Entschuldung und für Finanzhilfen im Rahmen der Entschuldung von Kassen der jeweiligen Kas- senart nach § 265a aufgewendet werden, gesondert auszuweisen sind.

**Die beabsichtigte Neuregelung wird abgelehnt, weil für die Ausweisung von Beitragssatzanteilen in der Satzung weder eine Notwendigkeit besteht noch eine solche Ausweisung praktikabel durchführbar wäre.**

§ 222 Abs. 5 SGB V enthält die zwingende Vorgabe, dass für Krankenkassen, die bis zum 31.12.2003 Darlehen zum Haushaltsausgleich aufgenommen haben, die Verschul- dung bis spätestens zum 31.12.2007 abgebaut haben müssen. Darüber hinaus ist vor- gesehen, § 265a SGB V dahingehend neu zu fassen (siehe vorstehende Ziff. 1.), dass zur Sicherstellung der Entschuldung in den Satzungen der Bundesverbände der Kran- kenkassen und der Verbände der Ersatzkassen verpflichtende Regelungen über finan- zielle Hilfen zur Sicherstellung der Entschuldung der Krankenkassen der jeweiligen Kas- senart aufzunehmen sind.

Dies bedeutet, dass bis zum 31.12.2007 die Entschuldung der gesetzlichen Kranken- kassen sichergestellt werden muss. Auch im Hinblick darauf, dass die beabsichtigte Ergänzung des § 222 Abs. 6 SGB V erst zum 1.1.2007 in Kraft tritt und damit allenfalls für ein Jahr von Bedeutung wäre, besteht keine Notwendigkeit einer gesonderten Aus- weisung von Beitragssatzanteilen zur Entschuldung in den Satzungen.

Darüber hinaus ist eine besondere Ausweisung von Beitragssatzanteilen zur Entschul- dung auch nicht praxisgerecht. Die Krankenkassen nehmen im Rahmen ihrer Haus- haltsplanung für das jeweils folgende Kalenderjahr eine Beitragssatzkalkulation auf der Grundlage ihrer Einschätzungen zu den voraussichtlichen Einnahmen und Ausgaben vor. Die Festlegung eines Beitragssatzanteiles für Entschuldung und dessen Ausweis in der Satzung würde jedoch immer von der sich tatsächlich einstellenden Entwicklung abwei- chen. Deswegen ist es unmöglich, im Vorwege einen konkreten Beitragssatzanteil zur Entschuldung festzulegen, weil dieser zwangsläufig von der sich im Jahresverlauf ein- stellenden tatsächlichen Entwicklung abweichen würde.

Die der beabsichtigten Regelung zugrunde liegende Intention einer erhöhten Transpa- renz für die Mitglieder der Krankenkasse wäre ohnehin mit einer Satzungsregelung nicht zu erreichen, weil erfahrungsgemäß nur ein verschwindend geringer Teil der Mitglieder einer Krankenkasse sich die Mühe macht, sich mit den in der Satzung ihrer Kranken- kasse getroffenen Regularien auseinander zu setzen.

**Prof. Dr. Axel Azzola**

**(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache**

**0112(2 neu)**

**vom 23.10.2006**

**16. Wahlperiode**

**Axel Azzola:** Zu Art 1 Nr. 15b §265a SGB V Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Gem § 265a Abs. 1 Satz 1 Buchstabe b (neu) sollen die Satzungen der Bundesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitglieds-kassen Bestimmungen über die Gewährung von Hilfen zur Sicherstellung der Entschuldung von Krankenkassen ihrer Kassenart vorsehen, wobei die Höhe dieser Hilfen auf Antrag der Kassen von dem Vorstand des jeweiligen Verbandes festzusetzen ist. Die Satzungsbestimmungen sind gem. Abs. 3 bis zum 31. Januar 2007 zu beschließen und müssen sicherstellen, dass der Umfang der Hilfen ausreicht, um den Abbau der am 31. 12. 2005 bestehenden Verschuldung bis zum 31. 12. 2007 auszugleichen. In diesem Fall hat die Satzung des Bundesverbandes die Höhe des Beitragssatzes der hilfsbedürftigen Kasse festzulegen. Bei der Aufteilung der Hilfen ist die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen der gleichen Kassenart, insbesondere der allgemeine Beitragssatz im Verhältnis zum durchschnittlichen Beitragssatz der Kassenart angemessen zu berücksichtigen. Klagen gegen Bescheide haben dann keine aufschiebende Wirkung, wenn die Finanzhilfe zur Entschuldung im Sinne von § 222 SGB V gewährt wird.

Diese Vorschrift ist in mehrfacher Hinsicht verfassungsrechtlich bedenklich.

1. Keine Prognose kann sicherstellen, dass eine Maßnahme oder dass ein Bündel von Hilfsmaßnahmen dazu führt, dass zu einem gewünschten Zeitpunkt ein vorausberechneter finanzieller Status von einer Krankenkasse erreicht wird. Dem steht entgegen, dass niemand zuverlässig voraussagen kann, in welchem Umfang die Mitglieder im Falle einer Beitragssatzanhebung von ihrem Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen. Aber auch die Entwicklung anderer Parameter kann nicht zuverlässig vorausgesagt werden.

Dieser Sachverhalt macht eine Übergangsregelung für den Fall notwendig, dass die Entschuldung bis zum gesetzlich vorgesehenen Zeitpunkt nicht gelingt. Der Gesetzgeber muss einer Körperschaft die Möglichkeit geben, den eigenen Haushalt bei sonst rechtmäßigem Verhalten auszugleichen. Genehmigte Schulden können den Kassen nicht nachträglich als rechtswidrig vorgehalten werden.

2. Nach der „Wesentlichkeitstheorie“ und den Grundsätzen des Bundesverfassungsgerichts zum Länderfinanzausgleich müssen die Maßstäbe für ein Eingreifen in öffentliche Haushalte gesetzlich geregelt sein. Diesem Erfordernis genügt der Hinweis in § 265a Abs 3 Satz 3 nicht, wonach bei der Gewährung finanzieller Hilfen die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen der Kassenart, insbesondere der allgemeine Beitragssatz im Verhältnis zum durchschnittlichen Beitragssatzniveau der Kassenart und die Höhe der Finanzreserven „angemessen zu berücksichtigen“ sind.

Unbedenklich ist zwar der Verzicht auf das – vertragsrechtliche – Einstimmigkeitsprinzip. Aber gerade dieser Verzicht macht es erforderlich, dass sich Art und Umfang einer Verlagerung öffentlich-rechtlicher Mittel in einer gerichtlich voll nachprüfbarer Art und Weise aus einem Gesetz ergeben. Diese Entscheidung kann nicht in das Ermessen der Selbstverwaltung gestellt werden, weil es um die Regelung wechselseitiger Rechtsansprüche geht.

Notwendig wäre, die zurzeit vorgesehene Ermessensentscheidung durch ein mehrstufiges Verfahren abzulösen, wobei zunächst potentielle „Nehmerkassen“ auf die Ausschöpfung der eigenen Möglichkeiten zu verweisen sind (vgl. Berlin-Urteil des BVerfG). Insofern kann von Kassen, deren Bezirk sich auf ein Flächenland bezieht, verlangt werden, dass ihr Beitragssatz auch unter Berücksichtigung der Finanzhilfen z. B. 0,25%-Punkte über dem höchsten von einem anderen Flächenland verlangten Beitragssatz liegt. In einem 2. Schritt sind alle Rücklagen zu verteilen, die das Maß des gesetzlich geforderten Umfangs überschreiten, wobei die Beitragssätze der „Geberkassen“ kostendeckend, d. h. unter Schonung der Rücklagen kalkuliert werden müssen, dass der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz aller Kassen der gleichen Art in den Flächenländern um – erforderlichen Falles – maximal 0,25 % unterschritten wird. Wie schon beim RSA ist eine – nachträgliche – Einwirkung auf die Rücklagen von Krankenkassen grundsätzlich zulässig, wenn es hierfür sachliche Gründe gibt, da alle Beiträge der Versichertengemeinschaft zuzuordnen sind, wobei eine Beschränkung auf einen Ausgleich unter den Kassen einer Art jedenfalls dann unbedenklich ist, wenn sachliche Gründe dies rechtfertigen. Noch verbleibende Unterdeckungen könnten auf alle Kassen mit einem gleichen Prozentsatz hinsichtlich der Beitragswirkung aufgeteilt werden.

Schließlich sollte nicht verkannt werden, dass § 265a Abs. 5 E-SGBV den vorläufigen Rechtsweg nicht ausschließt und aus Gründen des Rechtsstaatsgebotes auch nicht ausschließen kann, weil ein Gericht die aufschiebende Wirkung einer Klage wiederherzustellen vermag. Eine gesetzliche Regelung der handlungsrelevanten Maßstäbe ist erforderlich, wenn das damit verbundene Klagerisiko so klein wie möglich gehalten werden soll.





**Bundesversicherungsamt**

Der Präsident

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

Deutscher Bundestag

Gesundheitsausschuss

per Mail: [gesundheitsausschuss@bundestag.de](mailto:gesundheitsausschuss@bundestag.de)

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1438

FAX +49 (0) 228 619 - 1876

E-MAIL [praesident@bva.de](mailto:praesident@bva.de)

INTERNET [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de)

BEARBEITER(IN) Peter Strothmann

DATUM 16. Oktober 2006

AZ VÄndG

(bei Antwort bitte angeben)

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze  
(Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG) – Anhörung des Gesundheitsaus-  
schusses am 18. Oktober 2006**

**Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes zu den Änderungsanträgen der  
Fraktionen der CDU/CSU und SPD (§§ 222 und 265a SGB V)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei übersenden wir Ihnen eine Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes zu der An-  
hörung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetz am 18. Oktober 2006.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Dr. Rainer Daubenbüchel

Anlage

## **Anlage: Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes zu den Änderungsanträgen zum Entwurf des VÄndG**

### **§ 222 SGB V**

In der Begründung wird auf die Hilfeleistungen nach § 265a SGB V „von Kassen der anderen Kassenart“ abgestellt, anstatt nur auf Kassen derselben Kassenart. Hilfeleistungen für Krankenkassen einer anderen Kassenart sind im § 265a SGB V n.F. nicht vorgesehen. Wir gehen davon, dass es sich hierbei um ein redaktionelles Versehen handelt.

### **Vorschlag:**

**In der Begründung werden die Wörter „der anderen Kassenart“ gestrichen.**

### **§ 265a SGB V**

In **Absatz 1 Satz 1** der Vorschrift fehlt die Anbindung von Buchstabe b) an den Bezugspunkt der „Gewährung finanzieller Hilfen“, der sich nach dem Wortlaut nur auf den Buchstaben a) bezieht.

### **Vorschlag:**

Die Wörter

„Gewährung finanzieller Hilfen“

sollte den Buchstaben a) und b) des Absatzes 1 Satz 1 vorangestellt werden.

Durch das Antragserfordernis auch für die Hilfestellung nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b) zur Sicherstellung der Entschuldung kann dieses Ziel gefährdet werden, indem eine hilfebedürftige Krankenkasse von einem Antrag absieht und damit das Hilfeverfahren nach Absatz 3 unterläuft.

Aus diesem Grund ist auf das Antragserfordernis sowohl in **Absatz 2 Satz 1** als auch in **Absatz 3 Satz 2** der Vorschrift zu verzichten. Das Verfahren des Absatzes 3 greift dann unabhängig von dem formalen Erfordernis eines Antrages der hilfebedürftigen Kasse.

Um die stringente Durchführung des Verfahrens nach Absatz 3 zu ermöglichen, ist Absatz 2 Satz 1 des § 265a SGB V n.F. dahingehend zu ändern, dass sich das Erfordernis eines Antrags einer hilfebedürftigen Kasse nur auf Hilfen nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a) (besondere Notlagen) bezieht.

**Vorschlag:**

**Absatz 2 Satz 1 sollte lauten:**

**„Der Vorstand des Bundesverbandes oder des Verbandes der Ersatzkassen entscheidet über eine Hilfe nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a) auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse.“**

In Absatz 3 Satz 2 sollte aus den genannten Gründen ebenfalls auf das Erfordernis eines Antrags einer hilfebedürftigen Kasse verzichtet werden. Die fehlende Antragstellung einer hilfebedürftigen Kasse könnte die Verpflichtung des Bundesverbandes in Satz 1 unterlaufen.

**Vorschlag:**

**Absatz 3 Satz 2 der Vorschrift sollte lauten:**

**„Die Satzung hat zu bestimmen, in welchem Umfang die hilfebedürftige Krankenkasse zu diesem Zweck ihren allgemeinen Beitragssatz anheben muss.“**

In **Absatz 3 Satz 1** der Vorschrift sollten in den Hinweis auf die zu erreichende Entschuldung zwei Alternativen eingebaut werden.

Die erste Alternative sollte sich auf die Entschuldung der Kassen nach § 222 Abs. 5 SGB V beziehen, die bis zum 31. Dezember 2007 gewährleistet sein muss.

Die in der jetzigen Fassung in Bezug genommene Sondersituation der Kassen nach § 222 Abs. 1 ist in einer zweiten Alternative vorzusehen, da diese Entschuldung erst zum 31. Dezember 2008 erfüllt sein muss (§ 222 Abs. 1 i.V.m. Abs. 4 a.F.).

**Vorschlag:**

**Die Worte**

**„den Abbau der am 31. Dezember 2005 bestehenden Verschuldung nach § 222 Abs. 1 bis zum 31. Dezember 2007 zu gewährleisten“**

**werden ersetzt durch die Worte**

**„den Abbau der am 31. Dezember 2005 bestehenden Verschuldung nach § 222 Abs. 5 bis zum 31. Dezember 2007 sowie den Abbau der Verschuldung nach § 222 Abs. 1 bis zum 31. Dezember 2008 zu gewährleisten“.**

Das in **Absatz 3** allgemein vorgesehene Verfahren soll eine termingerechte Entschuldung der Krankenkassen durch eine kassenartenbezogene Hilfestellung gewährleisten.

Das Bundesversicherungsamt begrüßt die als Verpflichtung zur Sicherstellung der Entschuldung einer Kassenart gestaltete Formulierung des Satzes 1 der Vorschrift.

Zur Durchsetzungsfähigkeit der vorgeschlagenen gesetzlichen Regelung ist allerdings Folgendes anzumerken.

Falls die Kassen eine zur Finanzierung der Hilfeleistung erforderliche Beitragssatzerhöhung nicht freiwillig vornehmen, steht es nach geltendem Recht im Ermessen der zuständigen Aufsichtsbehörde, ob sie die zur Hilfeleistung notwendige Beitragssatzerhöhung notfalls im Wege der Ersatzvornahme vornimmt.

Dieser Gefahr einer aufgrund der Ermessensentscheidung der Aufsichtsbehörde nicht vorgenommenen Ersatzvornahme könnte dadurch begegnet werden, dass der Bundesgesetzgeber in § 195 Abs. 2 SGB V für den speziellen Fall der Sicherstellung der fristgerechten Entschuldung das Ermessen der Aufsichtsbehörde zur Vornahme einer Ersatzvornahme aussetzt und eine zwingende Ersatzvornahme vorsieht.

Dennoch kann aufgrund landesgesetzlicher Regelungen nicht sichergestellt werden, dass die Hilfebescheide des Bundesverbandes letztlich auch bei den landesunmittelbaren Kassen vollstreckt werden können.

Zwar hätten Klagen gegen Bescheide zur Umsetzung der Satzungsregelung nach Absatz 1 keine aufschiebende Wirkung (Absatz 5 -neu -), die Vollstreckung der aufgrund der Satzungsregelungen festgesetzten Hilfeleistungen durch den jeweiligen Bundesverband setzt aber nach den einschlägigen Vollstreckungsgesetzen in der Regel eine Zustimmung der jeweiligen Aufsichtsbehörde voraus (sog. Zulassungsverfügung). Diese darf durch die Aufsichtsbehörden nicht erteilt werden, wenn dadurch die Erfüllung der öffentlich-rechtlichen Aufgaben des Schuldners gefährdet würde (s. z.B. § 78 Abs. 2 Landesvollstreckungsgesetz Nordrhein-

Westfalen). Beruft sich eine Aufsichtsbehörde hierauf und verweigert die erforderliche Zustimmung, steht dies der Vollstreckung entgegen (Vollstreckungshindernis).

In **Absatz 4** greift der Änderungsantrag den Begriff der „Verschuldung“ auf. Der Begriff der Verschuldung ist jedoch nicht gesetzlich definiert. Um unterschiedliche Interpretationen zu vermeiden, sollte – wie vom Bundesversicherungsamt bei der Beurteilung des Vorliegens und der Höhe der Verschuldung im Rahmen des § 222 SGB V praktiziert – der Begriff der Verschuldung so definiert werden, dass dem negativen Vermögen nicht das jeweilige Verwaltungsvermögen der Kassen gegengerechnet werden kann. Bei einer Berücksichtigung des nicht liquiden Verwaltungsvermögens würde die tatsächliche Finanzlage der jeweiligen Kasse nicht dem Sinn der Vorschrift entsprechend abgebildet.

**Vorschlag:**

**Im Absatz 4 sollten nach dem Datum „31. Dezember 2006“ die Worte „ohne Berücksichtigung des Verwaltungsvermögens“ eingefügt werden.**

In der Begründung zu dieser Vorschrift sollte die Verschuldung so definiert werden, dass sie gegeben ist, wenn die Summe von Betriebsmitteln und Rücklagen ohne Einrechnung des Verwaltungsvermögens einen negativen Vermögensstand ausweist.

In der Begründung sollte ebenfalls darauf hingewiesen werden, dass von diesem Begriff des „Verwaltungsvermögens“ im Sinne des Absatzes 4 der Vorschrift nicht die Vermögenswerte umfasst sind, die zur Schuldentilgung kurzfristig verwertbar und als liquide Vermögensmittel anzusehen sind, deren Verwertung wirtschaftlich ist und die für die Zwecke der Tätigkeit der Kasse nicht als erforderlich angesehen werden.

Diese Einschränkung wahrt bei grundsätzlicher Beibehaltung der Verschuldensdefinition die Beurteilungsspielräume der Kassen.

in der Juristischen Fakultät  
der Georg-August-Universität

37073 Göttingen, 24. Oktober 2006  
Goßlerstraße 11  
Telefon: +49-551-39-4693  
Fax: +49-551-39-2239  
E-Mail: staatsl@gwdg.de

– Prof. Dr. Werner Heun –

Institut für Allgemeine Staatslehre und Politische Wissenschaften • Goßlerstraße 11 • D-37073 Göttingen

**Schriftliche Stellungnahme**  
**zu den Änderungsanträgen 1, 2 und 7 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD**  
**zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer**  
**Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VändG)**

[BT-Drucks. 16/2474]

– Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucks. 16(14)110, 16(14)107 Nr. 7 –

im Nachgang zu der Anhörung am Montag, den 23. Oktober 2006 fasse ich im folgenden kurz meine verfassungsrechtliche Stellungnahme zusammen:

**I. Vereinbarkeit mit grundrechtlichen Anforderungen, insbesondere Verhältnismäßigkeit und Willkürverbot**

Die gesetzlichen Krankenkassen selbst sind nicht Grundrechtsträger, so dass die Grundrechte als unmittelbarer Prüfungsmaßstab gesetzgeberischer Maßnahmen insoweit ausscheiden (BVerfGE 113, 167 (227)). Die Mitglieder der Krankenkassen sind dagegen grundrechtsfähig und können mittelbar in ihren Grundrechten betroffen sein. Deshalb ist auch die Regelung der Entschuldung der Krankenkassen durch § 265a n. F. und § 222 Abs. 6. n. F. SGB V prinzipiell am Maßstab der Grundrechte zu prüfen, freilich ist die Eingriffsintensität deshalb geringer. Folgerichtig hat BVerfGE 113, 167 (263) beim Risikostrukturausgleich (RSA) offengelassen, ob überhaupt ein Eingriff in den Schutzbereich von Freiheitsgrundrechten vorliegt. Demgegenüber hat es dort grundsätzlich eine Ungleichbehandlung bejaht (BVerfGE 113, 167 (227 f.)), aber auch hier explizit dahingestellt, ob wegen der geringen Eingriffsintensität der strengere Maßstab der Verhältnismäßigkeit oder lediglich das Willkürverbot, das ohnehin auch als objektives Prinzip gegenüber den nicht grundrechtsfähigen Krankenkassen gilt, oder ein dazwischen liegender Prüfungsmaßstab anwendbar ist (BVerfGE 113, 167 (201 f.)). Es hat dann nur

festgehalten, dass dies offen bleiben könne, weil der RSA auch den strengen Verhältnismäßigkeitsanforderungen genüge. Darauf beruht die strikte Verhältnismäßigkeitsprüfung dieser Entscheidung, die deswegen gerade nicht ohne weiteres auf die vorliegende Gesetzesänderung übertragen werden kann. Es spricht viel mehr dafür, dass im Ergebnis geringere Anforderungen gelten.

Selbst unter der Voraussetzung einer strikten Verhältnismäßigkeitsprüfung unterliegt der Gesetzesentwurf keinen ernsthaften verfassungsrechtlichen Bedenken. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass bei der Beurteilung der Geeignetheit und Erforderlichkeit der Gesetzgeber über weite Prognose- und Entscheidungsspielräume verfügt (BVerfGE 113, 107 (252)). Außerdem ist zu bedenken, dass jede gesetzliche Regelung notwendigerweise Ungleichbehandlungen zur Folge hat. Im Rahmen der Entschuldung der Krankenkassen müssen je nach Konzeption unterschiedliche Personenkreise für die Kosten aufkommen: Die Mitglieder der Krankenkassen oder der Krankenkassenart oder des Sozialversicherungssystems (vgl. a. BVerfGE 113, 167 (222 f.)), die Gläubiger oder die Allgemeinheit der Steuerzahler. Vor diesem Hintergrund ist es gerechtfertigt, auf die Mitglieder der Krankenkassenart zurückzugreifen, wie es auch im Ergebnis der gegenwärtigen Rechtslage der Haftungsregelung nach § 155 Abs. 4 SGB V entspricht. Insoweit bewirkt die Regelung gar keine Änderung gegenüber der bisherigen Rechtslage.

Es fehlt auch nicht an der Erforderlichkeit. Nicht nur kann die Erforderlichkeit nicht deshalb verneint werden, weil die Krankenkassen zunächst ihr Immobilienvermögen zu veräußern hätten. Eine derartige Forderung wäre umgekehrt verfassungsrechtlich zweifelhaft – jedenfalls soweit es sich um Verwaltungs- und nicht Anlagevermögen handelt –, weil in anderem Zusammenhang ein entsprechendes Vorhaben des Verkaufs und Zurückleasens aus haushaltsrechtlichen Gründen verfassungsrechtlich als Kreditaufnahme qualifiziert wurde (BVerfGE 99, 57 (61)). Auch die generelle Möglichkeit schlankerere Personalstrukturen steht der Erforderlichkeit nicht entgegen, zumal dieser Gesichtspunkt im Rahmen der vorliegenden Gesetzesfassung berücksichtigt werden kann. Gleiches gilt für die Frage der Berücksichtigung der früheren Beitragsgestaltung (bewusst niedrig gehaltene Beitragssätze) unter dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit. Eine Verletzung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes oder gar des Willkürverbots ist folglich nicht erkennbar.

## **II. Vereinbarkeit mit dem Parlamentsvorbehalt**

Die Festlegung der Kriterien für die Aufteilung der Hilfen in § 265a Abs. 5 n. F. SGB entspricht auch den Anforderungen des Parlamentsvorbehalts. Es ist zwar richtig, dass der Parlamentsvorbehalt nicht nur die Frage einer formell-gesetzlichen Grundlage überhaupt, sondern auch die Regelungsdichte betrifft. Freilich ist entgegen anderslautenden Äußerungen Vorsicht angebracht. Bisher hat das BVerfG die

Maßstäbe ganz überwiegend lediglich zur Begründung des Gesetzesvorbehalts überhaupt herangezogen. Außerdem ist dieses Argument das vielleicht am meisten missbrauchte Verfassungsargument, da letztlich immer irgendwie behauptet werden kann, die Regelung müsse noch etwas detaillierter sein. Es kommt hinzu, dass im vorliegenden Fall die Intensität des Grundrechtseingriffs, wie dargelegt, eher gering ist, danach sich aber die Anforderungen des Parlamentsvorbehalts bemessen. Insbesondere handelt es sich nicht um einen Fall, in dem „miteinander konkurrierende grundrechtliche Freiheitsrechte aufeinander treffen und deren jeweilige Grenzen fließend und nur schwer auszumachen sind“ (BVerfGE 83, 130 (142); 108, 282 (311)). Das Gesetz gibt insoweit völlig hinreichend Maßstäbe vor und entspricht damit den Anforderungen der sog. Wesentlichkeitstheorie.

(Prof. Dr. Werner Heun)



Techniker Krankenkasse, 22291 Hamburg

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

per E-Mail: [marianne.steinert@bundestag.de](mailto:marianne.steinert@bundestag.de)

Techniker  
Krankenkasse

Hauptverwaltung

Für Rückfragen:  
Bereich Finanzen  
Bodo Holzmann  
Tel.: 040-6909-1570  
Fax: 040-6909-2035

20. Oktober 2006

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze  
(Vertragsrechtsänderungsgesetz - VÄndG) (BT-Drs. 16/2474)  
hier: Anhörung zu den Änderungsanträgen 16(14) 110 und 16(14)107, Nr. 7**

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei übersenden wir Ihnen eine Stellungnahme der Techniker Krankenkasse zur der o.g. Anhörung am 23. Oktober 2006.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Bodo Holzmann

Anlage

Techniker Krankenkasse  
Bramfelder Str. 140  
22305 Hamburg

Tel. 040-6909-0  
Fax 040-6909-1800  
[www.TK-online.de](http://www.TK-online.de)

Commerzbank  
BLZ 200 400 00  
Konto 221035900

Vorstand  
Prof. Dr. Norbert Klusen (Vorsitzender)  
Dr. Christoph Straub (stv. Vorsitzender)  
Helmuth Doose  
Verwaltungsrat  
Harald Schulte (Vorsitzender)

**Stellungnahme der Techniker Krankenkasse  
zum Änderungsantrag 2 der Fraktionen CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer  
Gesetze (Vertragsrechtsänderungsgesetz - VÄndG) - BT-Drs 16/2472  
Ausschuss für Gesundheit - Ausschussdrucksache 16(14)110  
(Finanzielle Hilfen zur Entschuldung)**

**§ 265 a SGB V**

Es ist nicht sachgerecht, die Entschuldung von Einzelkassen über den verpflichtenden verbandsinternen Ausgleich im Verband sicherzustellen.

Es kann derzeit nicht davon ausgegangen werden, dass alle Krankenkassen das Ziel einer Entschuldung bis zum 31. Dezember 2007 erreichen. Einzelne Krankenkassen sind immer noch in einer so erheblichen Größenordnung verschuldet, dass nicht zu erwarten ist, dass sie in der Lage sind, die Verschuldung aus eigener Kraft abzubauen, obwohl § 222 Abs. 5 SGB V zur Entschuldung verpflichtet.

Dies bedeutet, bestehende Schulden von Einzelkassen innerhalb der Kassenart zu sozialisieren und damit solide wirtschaftenden Krankenkassen im Nachgang einen erheblichen und ungerechtfertigten Nachteil zuzufügen. Die überschuldeten Krankenkassen haben jahrelang im Wettbewerb von ihren (zu) niedrigen Beitragssätzen profitiert. Es ist kein ordnungspolitischer Rechtfertigungsansatz ersichtlich, solide wirtschaftende Krankenkassen zu zwingen, eine u.U. durch rechtswidrige Darlehensaufnahme begründete Verschuldung einer anderen Krankenkasse aus eigenen Finanzmitteln abzubauen. Hier wird in juristisch bedenklicher Weise in Rechtspositionen der schuldenfreien Kassen und vor allem deren beitragszahlenden Mitgliedern und Arbeitgebern eingegriffen, um den Abbau der Verschuldung bis zum 31. Dezember 2007 zu erreichen. In der Konsequenz führt § 265a SGB V letztlich dazu, dass Versicherte für den Abbau der Schulden anderer Krankenkassen etwaige erforderliche Beitragssatzerhöhungen hinnehmen müssen.

**Vorschlag:**

**§ 265a SGB V wird ersatzlos gestrichen.**

**Sollte eine ersatzlose Streichung des § 265 a SGB V nicht mehrheitsfähig sein, sind aber auf jeden Fall folgende Änderungen notwendig:**

**zu §265a Absatz 1 Satz 3 in der Fassung des Änderungsantrags 2:**

§ 265 a Absatz 1 Satz 3 sieht vor, dass die Satzungsbestimmungen über die Hilfeleistungen zur Sicherstellung der Entschuldung mit der Mehrheit der bei der Beschlussfassung anwesenden Mitglieder gefasst werden.

Die Ausgestaltung der Mehrheitsentscheidung bei der Beschlussfassung steht in keinem Verhältnis zu der Bedeutung, die die Entscheidung für eine zur Entschuldung herangezogene Kasse hat. Grundsätzlich geht der § 64 Absatz 1 Satz 1 SGB IV davon aus, dass zur Beschlussfassung die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. Durch die Neuregelung wird auf das Erfordernis der mehrheitlichen Anwesenheit der Mitglieder für die Beschlussfassung verzichtet. Die Anforderungen an die Beschlussfassung werden also verringert. Vor dem Hintergrund der Bedeutung der Beschlussfassung lässt sich eine solche Regelung unter keinem rechtlichen Aspekt rechtfertigen und überlässt diese Entscheidung nicht vorhersehbaren Zufälligkeiten. Die Erleichterung verbandsinterner Meinungsbildungsprozesse kann als Rechtfertigungsansatz nicht ernsthaft herangezogen werden. Vielmehr erscheint es unter Heranziehung der Grundsätze der Verhältnismäßigkeit angemessen, die Anforderungen an die Mehrheitsentscheidung abweichend von § 64 Absatz 1 Satz 1 SGB IV weiter zu erhöhen. Nur wenn alle Mitglieder eines Verbandes die jeweilige Satzungsbestimmung über die Hilfeleistung einvernehmlich beschlossen haben, ist eine reibungslose Abwicklung der angestrebten Entschuldung zu erwarten.

**Vorschlag:**

§265a Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:

Die Worte "**Mehrheit der bei der Beschlussfassung anwesenden Mitglieder**" werden ersetzt durch die Worte "**einstimmige Mehrheit der Mitglieder**"

## **zu §265a Absatz 3 Satz 3 in der Fassung des Änderungsantrags 2:**

Nach §265a Absatz 3 Satz 3 SGB V ist zur Bewertung der unterschiedlichen Leistungsfähigkeit insbesondere der allgemeine Beitragssatz im Verhältnis zum durchschnittlichen Beitragssatzniveau der Kassenart und die Höhe der Finanzreserven zu berücksichtigen.

Es lässt sich mit dem Grundsatz der Satzungsautonomie nicht vereinbaren, dass durch gesetzliche Regelungen derartige konkrete Vorgaben hinsichtlich der Satzungsinhalte gemacht werden. Zudem wird durch diese Regelung den unterschiedlichen Gegebenheiten bei den Verbänden nicht hinreichend Rechnung getragen.

Zudem werden durch diese Regelung die Krankenkassen benachteiligt, die eine solide wirtschaftliche Haushaltsführung durchgeführt und rechtzeitige Beitragssatzanpassungen vorgenommen haben. Die durch diese Maßnahmen entstandene gestiegene Leistungsfähigkeit der Krankenkasse wird nunmehr als Kriterium für vermehrte Ausgleichszahlungen herangezogen. Letztlich wirkt sich also eine solide Finanzpolitik der Krankenkasse noch nachteilig aus, da sie und insbesondere ihre Versicherten für die Versäumnisse anderer Mitgliedskassen aufkommen müssen.

### **Vorschlag:**

§265a Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt geändert:

Der Einschub "..., insbesondere der allgemeine Beitragssatz im Verhältnis zum durchschnittlichen Beitragssatzniveau der Kassenart und die Höhe der Finanzreserven, ..." wird gestrichen.  
Es heißt nun:

**"Bei der Aufteilung der Hilfen nach Satz 1 ist die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen der Kassenart angemessen zu berücksichtigen."**

**(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache**

**0112(3)**

**vom 23.10.2006**

**16. Wahlperiode**

## **Universitätsprofessor Dr. Helge Sodan**

**Direktor  
des Deutschen Instituts für  
Gesundheitsrecht (DIGR)  
Binger Straße 64  
14197 Berlin**

**Homepage: [www.helge-sodan.de](http://www.helge-sodan.de)**

**Freie Universität Berlin  
Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht,  
Öffentliches Wirtschaftsrecht, Sozialrecht  
Van't-Hoff-Str. 8, 14195 Berlin  
Telefon: (030) 838-53972,-53973  
Telefax: (030) 838-54444  
E-Mail: [sodan@zedat.fu-berlin.de](mailto:sodan@zedat.fu-berlin.de)**

Berlin, am 22. Oktober 2006

### **Schriftliche Stellungnahme**

**zu den Änderungsanträgen 1, 2 und 7 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und ande-  
rer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG)**

**[BT-Drucks. 16/2474]**

**– Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucks. 16(14)110, 16(14)107 Nr. 7 –**

Zu den vorgenannten Änderungsanträgen nehme ich aus (verfassungs)rechtlicher und rechtspolitischer Sicht wie folgt Stellung:

#### **I. Zur Systematik des Gesetzentwurfs**

Die Änderungsanträge 2 und 7 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf des VÄndG sehen die Aufnahme von Regelungen vor, die keinen Bezug zum Ver-

tragsarztrecht haben. Das Vertragsarztrecht ist Bestandteil der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern und damit des Vierten Kapitels des SGB V. Die geplante Neufassung des § 265a SGB V und die beabsichtigte Einfügung eines Abs. 6 in § 222 SGB V betreffen hingegen die im Achten Kapitel des SGB V geregelte Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen, ohne in einem Zusammenhang mit dem Vertragsarztrecht zu stehen. Die Aufnahme der bislang im Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vorgesehenen Bestimmungen in den Entwurf des VÄndG würde daher zu einem Systembruch führen. Dieser soll offenbar nur deshalb erfolgen, um die Neufassung des § 265a SGB V sowie den neuen Abs. 6 in § 222 SGB V bereits am 1. Januar 2007 und nicht erst am 1. April 2007 in Kraft treten zu lassen.

## **II. Verfassungsrechtliche Fragen**

### **1. Zur Zustimmungspflichtigkeit seitens des Bundesrates**

Der Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf des VÄndG hat die Streichung der Wörter „mit Zustimmung des Bundesrates“ in der Eingangsformel zum Gegenstand. Die Begründung beruft sich auf die „im Rahmen der Föderalismusreform vorgenommenen Grundgesetzänderungen“. Gemeint ist das Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes (Artikel 22, 23, 33, 52, 72, 73, 74, 74a, 75, 84, 85, 87c, 91a, 91b, 93, 98, 104a, 104b, 105, 107, 109, 125a, 125b, 125c, 143c) vom 28. August 2006 (BGBl. I S. 2034). Vor dem In-Kraft-Treten dieses verfassungsändernden Gesetzes galt nach Art. 84 Abs. 1 GG a. F., dass die Länder im Bereich der sog. landeseigenen Ausführung der Bundesgesetze die Einrichtung der Behörden und das Verwaltungsverfahren regelten, soweit nicht Bundesgesetze mit Zustimmung des Bundesrates etwas anderes bestimmten. Im Zuge der Föderalismusreform ist das Zustimmungserfordernis für Bundesgesetze, welche die Einrichtung der Behörden und das Verwaltungsverfahren regeln, aufgehoben worden. Nunmehr können nach Art. 84 Abs. 1 Satz 2 GG n. F. Bundesgesetze *ohne* Zustimmung des Bundesrates „etwas anderes bestimmen“, also die Einrichtung der Behörden und das Verwaltungsverfahren regeln; die Länder haben aber die Befugnis, hiervon abweichende Regelungen zu treffen (von denen der Bund durch spätere Regelungen wiederum seinerseits abweichende Regelungen erlassen darf, vgl. Art. 84 Abs. 1 Satz 3 GG n. F.). Allerdings kann gemäß Art. 84 Abs. 1 Satz 5 und 6 GG n. F. durch Bundesgesetz *mit* Zustimmung des Bundesrates in Ausnahmefällen wegen eines besonderen Bedürfnisses nach bundeseinheitlicher Regelung das Verwaltungsverfahren *ohne* Abweichungsmöglichkeit für die Länder geregelt werden. Entsprechende Bestimmungen sieht der Entwurf des VÄndG jedoch nicht vor. Dieses Gesetz ist daher zustimmungsfrei.

## 2. Zur Vereinbarkeit mit Grundrechten

a) Grundrechtliche Abwehransprüche seitens der *gesetzlichen Krankenkassen* gegen die Neufassung des § 265a sowie die Einfügung des Abs. 6 in § 222 SGB V scheiden hier aus, wenn man die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zugrunde legt. Denn dieser Judikatur zufolge sind gesetzliche Krankenkassen – auch nach Einführung eines Wettbewerbs untereinander – nicht grundrechtsfähig und können daher die Verletzung von Grundrechtsgewährleistungen durch die öffentliche Gewalt nicht geltend machen (siehe bereits BVerfGE 39, 302 [312 ff.], sowie aus jüngerer Zeit BVerfG [Kammerbeschl.], NZS 2005, S. 139 ff.; BVerfGE 113, 167 [227]).

b) In Betracht kommen jedoch grundrechtliche Abwehransprüche seitens der *Mitglieder* derjenigen gesetzlichen Krankenkassen, welche als Folge der Neufassung des § 265a SGB V verpflichtet wären, mit Zahlungen zur Entschuldung anderer Krankenkassen derselben Kassenart beizutragen.

Anhaltspunkte für eine diesbezügliche verfassungsrechtliche Beurteilung lassen sich dem Beschluss des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 18. Juli 2005 zur Verfassungsmäßigkeit der Regelungen des Risikostrukturausgleichs (RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entnehmen. In dieser Entscheidung ließ das Bundesverfassungsgericht die Frage dahinstehen, ob der RSA in den Schutzbereich von Freiheitsgrundrechten eingreift (BVerfGE 113, 167 [263]). Eine intensive Prüfung erfolgte allerdings zur Beantwortung der – im Ergebnis verneinten – Frage nach einer Verletzung des in Art. 3 Abs. 1 GG garantierten allgemeinen Gleichheitssatzes (BVerfGE 113, 167 [227 ff.]). Dazu führte das Bundesverfassungsgericht u. a. aus:

„Verfahrensrechtlich richtet sich der Risikostrukturausgleich zwar an die rechtsfähigen, aber nicht grundrechtsfähigen Krankenkassen [...]. Die von ihm begründeten Ausgleichspflichten und -ansprüche haben aber unmittelbare Relevanz für die von den Krankenkassen festzusetzenden Beitragssätze und beeinflussen somit mittelbar die Höhe der Beitragsbelastung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Aufgrund der Regelungen in §§ 266, 267 SGB V haben die Mitglieder ausgleichsverpflichteter Krankenkassen höhere, die Mitglieder ausgleichsberechtigter Krankenkassen niedrigere Beiträge zu zahlen, als sie ohne Risikostrukturausgleich zu entrichten hätten. Hiermit ist die vom Risikostrukturausgleich herbeigeführte Ungleichbehandlung allgemein beschrieben: Eine Mitgliedergruppe der gesetzlichen Krankenversicherung wird belastet, eine andere wird entlastet“ (BVerfGE 113, 167 [227 f.]).

Nichts anderes gilt im Hinblick auf die vorgesehene Neufassung des § 265a SGB V. Auch wenn § 265a Abs. 3 Satz 2 SGB V (Entwurf) regelt, dass die Satzung zu bestimmen hat, in welchem Umfang die Antrag stellende Krankenkasse zum Zweck der Entschuldung ihren allgemeinen Beitragssatz anheben muss, ist doch die zur Entschuldung erfolgende Umverteilung innerhalb von Krankenkassen derselben Kassenart unmittelbar beitragsatzrelevant. Die ausgleichsverpflichteten Krankenkassen werden die Zahlungen aus dem Beitragsaufkommen ihrer Mitglieder leisten müssen – entweder aus Rücklagen, die aus früher gezahlten Beiträgen gebildet wurden, oder möglicherweise sogar aus Beitragssatzerhöhungen, um die Zahlungspflichten überhaupt erfüllen zu können.

Angesichts der aufgezeigten Ungleichbehandlung von Mitgliedern der GKV bedarf § 265a SGB V (Entwurf) einer verfassungsrechtlichen Rechtfertigung. Das Bundesverfassungsgericht vertrat zum RSA die Auffassung, dieser halte „selbst einer strengen Verhältnismäßigkeitsprüfung stand“ (BVerfGE 113, 167 [232]). Die dazu vom Bundesverfassungsgericht angestellten Überlegungen lassen sich jedoch nicht ohne weiteres auf die nunmehr zur Entschuldung gesetzlicher Krankenkassen geplanten Regelungen übertragen. Das Bundesverfassungsgericht bezeichnete die Funktion des RSA, „eine Wettbewerbsordnung zu flankieren, die auf der Basis des Solidarprinzips wirtschaftliches und effizientes Verhalten der Krankenkassen bei der gesundheitlichen Leistungserstellung fördern will“, als „verfassungsrechtlich legitim“ (BVerfGE 113, 167 [233]). Die Vorschriften zum RSA „enthalten bereits differenzierte Regelungen darüber, welche Unterschiede in der Ausgabenstruktur der Kassen zu einem Ausgleich führen sollen. Es ist gerade nicht der Weg gewählt worden, die Höhe der Kassenbeiträge zu vereinheitlichen, weil damit jeder Anreiz zu wirtschaftlichem Handeln weggefallen wäre“ (*Ulrich Ramsauer, Soziale Krankenversicherung zwischen Solidarprinzip und Wettbewerb*, NZS 2006, S. 505 [510]).

Im Rahmen der Prüfung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit, der auch im Hinblick auf den allgemeinen Gleichheitssatz Anwendung findet (siehe dazu näher *Helge Sodan/Jan Ziekow, Grundkurs Öffentliches Recht*, 2005, § 30 Rn. 14 ff.), ist zwar zunächst festzustellen, dass das Ziel der Entschuldung gesetzlicher Krankenkassen einen legitimen Zweck darstellt und das in § 265a SGB V (Entwurf) vorgesehene Mittel von Hilfeleistungen anderer Krankenkassen derselben Kassenart zur Erreichung dieses Ziels geeignet ist. Die Entwurfsfassung erweist sich aber – zumindest teilweise – als zur Zweckerreichung nicht erforderlich. Der Gedanke der *Selbsthilfe* der verschuldeten Krankenkassen kommt zwar im Gesetzentwurf in gewisser Weise dadurch zum Ausdruck, dass die Hilfen mit Auflagen verbunden werden sollen, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen (§ 265a Abs. 2 Satz 3), und die jeweilige Satzung zu bestimmen hat, in welchem Umfang die Antrag stellende Krankenkasse zu diesem Zweck ihren allgemei-



nen Beitragssatz anheben muss (§ 265a Abs. 3 Satz 2). Die in § 265a Abs. 3 Satz 3 SGB V (Entwurf) genannten Kriterien, die bei der Aufteilung der Hilfen „angemessen zu berücksichtigen“ sind, greifen jedoch zu kurz. Nicht nachvollziehbar ist insbesondere, weshalb in dieser Vorschrift nur von „Finanzreserven“ und nicht etwa auch vom Immobilienvermögen die Rede ist. Nicht wenige der verschuldeten Krankenkassen dürften über erhebliches Eigentum an Immobilien verfügen, dessen Veräußerung zur Tilgung zumindest eines großen Teils der Schulden führen müsste. Nach einer Veräußerung könnten Krankenkassen fortan Mieterinnen der zuvor als Eigentümerinnen genutzten Verwaltungsgebäude werden, so wie andere nicht verschuldete Krankenkassen – etwa die Betriebskrankenkasse der BMW AG (BKK BMW) – seit langem ihre Verwaltungsgebäude eben nur gemietet haben. Das in unserer Rechtsordnung weit verbreitete Prinzip des Nachrangs von Fremdhilfe und die damit verbundene Verpflichtung, sich zunächst im Rahmen seiner Möglichkeiten selbst zu helfen, hat das Bundesverfassungsgericht erst kürzlich in seinem Urteil vom 19. Oktober 2006 zur Frage eines Anspruchs des Landes Berlin auf Sanierungshilfe für das Finanzverfassungsrecht deutlich zum Ausdruck gebracht (Az.: 2 BvF 3/03).

Zur Selbsthilfe verschuldeter Krankenkassen gehören ferner schlanke Personalstrukturen. Hier bestehen zwischen den Krankenkassen erhebliche Unterschiede. So kommt in der GKV durchschnittlich ein Krankenkassen-Mitarbeiter auf etwa 340 Versicherte. Die BKK BMW beispielsweise weist dagegen eine viel kostengünstigere Betreuungsquote von 1 zu 800 auf, ohne dass irgendwelche Anhaltspunkte für eine schlechtere Betreuung der Versicherten bestehen. Bevor also die Mitglieder einer solchen Krankenkasse mit ihren Beiträgen zur Entschuldung anderer Krankenkassen herangezogen werden dürfen, müssen die verschuldeten Krankenkassen ihre eigenen Wirtschaftlichkeitsreserven aktivieren.

Abgesehen von der damit fehlenden Erforderlichkeit erweist sich der von den Fraktionen der CDU/CSU und SPD vorgelegte Entwurf eines künftigen § 265a SGB V für die Mitglieder zahlungsverpflichteter Krankenkassen als unzumutbar. Denn dieser Entwurf berücksichtigt in keiner Weise die Gründe für die Verschuldung der Krankenkassen. Der mittlerweile zu Ausgleichszahlungen von über 15 Milliarden Euro jährlich führende RSA sollte doch nach dem Willen des Gesetzgebers gerade die Voraussetzungen für einen fairen Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen schaffen. Wenn trotz dieser massiven Umverteilung viele Krankenkassen verschuldet und andere nicht verschuldet sind, müssen zumindest bei einem Teil der verschuldeten Krankenkassen erhebliche Fehler im Management erfolgt sein. Möglicherweise wurde teilweise der Beitragssatz bewusst zu niedrig gehalten, um in dem Wettbewerb um die Versicherten Vorteile im Vergleich zu anderen Krankenkassen zu erlangen. Krankenkassen wie etwa die BKK BMW haben sich hingegen

verantwortungsbewusst verhalten. Diese Kasse reagierte auf die vorübergehende Verschuldung durch eine überproportionale Anhebung des Beitragssatzes auf bis zu 14,7 Prozent und konnte damit ihre Schulden tilgen. Trotz einer zwischenzeitlichen deutlichen Senkung des Beitragssatzes weist die BKK BMW, die übrigens insgesamt etwa 1,4 Milliarden Euro in den RSA eingezahlt hat, heute ein nicht unerhebliches Vermögen auf, mit dem sie nunmehr für die Schulden anderer Krankenkassen ihrer Kassenart eintreten soll. Eine solche Konsequenz würde den vom Gesetzgeber über viele Jahre verfolgten Wettbewerb in der GKV pervertieren. Es bestünde sogar ein Anreiz, kurzfristige Vorteile durch unwirtschaftliche Angebote anzustreben, weil die Nachteile durch Entschuldungsmaßnahmen zu Lasten sparsamerer Krankenkassen ausgeglichen würden; das System, das durch die Eröffnung begrenzten Wettbewerbs einen Beitrag zur Kostendämpfung liefern sollte, würde dadurch untergraben (vgl. *Ramsauer*, NZS 2006, S. 505 [511]). Verwirklicht wäre entgegen jahrelanger Beteuerungen verantwortlicher Politiker letztlich doch die Idee der „Einheitskasse“.

### **3. Zur Wahrung des Parlamentsvorbehalts**

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts folgt aus den Staatsstrukturprinzipien von Demokratie und Rechtsstaat, dass der parlamentarische Gesetzgeber die wesentlichen Entscheidungen selbst treffen muss und diese nicht der Exekutive überlassen darf (siehe etwa BVerfGE 45, 400 [417 f.]; 98, 218 [251]). Die damit begründete sog. *Wesentlichkeitstheorie* hat das Bundesverfassungsgericht in zahlreichen Entscheidungen konkretisiert; danach bedeutet im grundrechtsrelevanten Bereich „wesentlich“ in der Regel „wesentlich für die Verwirklichung der Grundrechte“ (BVerfGE 47, 46 [79]). Die Wesentlichkeitstheorie lässt sich nicht nur zur Beantwortung der Frage, ob überhaupt eine formell-gesetzliche Grundlage geboten ist, sondern gerade auch zur Klärung der notwendigen *Regelungsdichte* fruchtbar machen: Da die wesentlichen Entscheidungen dem Parlament selbst vorbehalten bleiben und als parlamentarische Leitentscheidungen somit durch formell-gesetzliche Festlegungen erfolgen sollen, wird der traditionelle Vorbehalt des Gesetzes für einen bestimmten Bereich zum Parlamentsvorbehalt fortentwickelt. Bei diesem handelt es sich demnach um einen zum Delegationsverbot verdichteten Gesetzesvorbehalt. Der Umfang des parlamentarischen Regelungsvorbehalts bemisst sich „nach der *Intensität*, mit welcher die Grundrechte der Regelungsadressaten betroffen werden“ (BVerfGE 58, 257 [274]).

Angesichts der aufgezeigten Grundrechtsrelevanz wird § 265a SGB V (Entwurf) den Anforderungen des Parlamentsvorbehalts *nicht* gerecht. Der den Satzungen in § 265a Abs. 1 Satz 2 SGB V (Entwurf) überlassene Spielraum bei den näheren Regelungen über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen ist zu weit. Daran vermögen auch die Vorgaben in § 265a Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 SGB V (Entwurf) nichts zu ändern. Unter Berücksichtigung der bereits oben zum allgemeinen Gleichheitssatz angestellten Überlegungen müsste der parlamentarische Gesetzgeber folgende Regelungen selbst treffen:

a) Eine gesetzliche Krankenkasse darf nur dann finanzielle Hilfen durch Krankenkassen derselben Kassenart erhalten, wenn sie nachvollziehbar darlegen kann, ihre Verschuldung nicht vorsätzlich oder fahrlässig herbeigeführt zu haben, und ihre Schulden nicht in zumutbarer Weise selbst zu tilgen vermag; zumutbar sind insbesondere die Erhöhung des Beitragssatzes und die Veräußerung von Eigentum an Immobilien.

b) Die zur Hilfeleistung herangezogenen Krankenkassen dürfen dadurch nicht selbst illiquide werden. Als Finanzreserven gelten daher nicht die in § 81 SGB IV, § 260 SGB V definierten Betriebsmittel, die insbesondere zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgabeschwankungen bereitzuhalten sind.

c) Krankenkassen, die anderen Krankenkassen finanzielle Unterstützungsleistungen gewähren, dürfen im Ergebnis nicht schlechter gestellt werden als diejenigen Krankenkassen, welche die Leistungen erhalten. Bei der Vergabe der finanziellen Hilfen ist deshalb sicherzustellen, dass die Hilfe leistenden Krankenkassen in den Haushaltsjahren 2007 und 2008 keines höheren Beitragssatzes bedürfen als die Hilfe empfangenden Krankenkassen und jeweils am Ende dieser beiden Haushaltsjahre nicht selbst verschuldet sind.

### **III. Rechtspolitischer Vorschlag**

§ 265a Abs. 1 Satz 3 SGB V (Entwurf) regelt, dass abweichend von § 64 Abs. 1 Satz 1 SGB IV die Satzungsbestimmungen über die Hilfeleistungen zur Sicherstellung der Entschuldung der Krankenkassen ihrer Kassenart mit der Mehrheit der bei der Beschlussfassung anwesenden Mitglieder gefasst werden können. Die von den Fraktionen der CDU/CSU und SPD zu diesem Teil des Änderungsantrags gegebene Begründung, dadurch sollten „die verbandsinternen Meinungsbildungsprozesse über die Gewährung finanzieller Hilfen nach § 265a, die sich in der Vergangenheit als sehr aufwendig erwiesen“ hätten, erleichtert werden, vermag nicht zu überzeugen. Angesichts der besonderen Bedeutung der Gewährung finanzieller Hilfen zur Ent-

schuldung von Krankenkassen und der aufgezeigten Grundrechtsrelevanz für die Mitglieder zahlungsverpflichteter Krankenkassen sollte auch hier die allgemeine Regelung in § 64 Abs. 1 Satz 1 SGB IV Anwendung finden, wonach Selbstverwaltungsorgane grundsätzlich nur dann beschlussfähig sind, wenn die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist.

Es empfiehlt sich daher, die vorgesehene Regelung des § 265a Abs. 1 Satz 3 SGB V aus dem Entwurf ersatzlos zu streichen.

(Univ.-Prof. Dr. H. Sodan)



Verband der  
Angestellten-  
Krankenkassen e.V.



AEV - Arbeiter-  
Ersatzkassen-  
Verband e.V.

VdAK / AEV • 53719 Siegburg

An den  
Bundestagsausschuss für Gesundheit  
Platz der Republik 1

11011 Berlin

marianne.steinert@bundestag.de

**Vorsitzende  
des Vorstandes**

Frankfurter Straße 84  
53721 Siegburg  
Telefon: 0 22 41 / 108 - 0  
Telefax: 0 22 41 / 108 - 248  
Internet: www.vdak-aev.de

1018bs01  
10/Mi/st

24. Oktober 2006

## **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (VÄndG)**

### **hier: Stellungnahme zu Änderungsanträgen hinsichtlich der Entschuldung der Krankenkassen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu uns vorliegenden Änderungsanträgen zum Entwurf des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes, die sich auf die Regelungen zur Entschuldung der Krankenkassen beziehen, nehmen wir wie folgt Stellung:

#### **1. Änderungsantrag 2 der Ausschussdrucksache 0110 (Finanzielle Hilfen zur Entschuldung)**

Der Änderungsantrag sieht vor, § 265a SGB V neu zu fassen. Danach haben die Satzungen der Bundesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für Ihre Mitglieder und deren Mitgliedskassen Bestimmungen über die Gewährung finanzieller Hilfen in besonderen Notlagen bzw. zur Erhaltung ihrer Wettbewerbsfähigkeit oder zur Sicherstellung der Entschuldung der Krankenkassen ihrer Kassenart vorzusehen.

Diese Satzungsbestimmungen sind bis zum 31. Januar 2007 zu beschließen und müssen sicherstellen, dass der Umfang der Hilfeleistungen ausreicht, um bei den Krankenkassen der Kassenart den Abbau der Verschuldung bis zum 31. Dezember 2007 zu gewährleisten.

Des Weiteren sieht die beabsichtigte Neuregelung vor, dass Krankenkassen, die am 31. Dezember 2006 eine Verschuldung aufweisen, ihrer Aufsichtsbehörde bis zum 31. Januar 2007 nachprüfbar darzulegen haben, wie die Verschuldung bis zum 31. Dezember 2007 beseitigt werden soll.

**Die beabsichtigte Neufassung des § 265a SGB V wird seitens des VdAK/AEV nicht für notwendig erachtet.**

§ 265a SGB V in der heutigen Fassung sieht bereits die Möglichkeit vor, dass die Satzungen der Spitzenverbände der Krankenkassen mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitgliedskassen Bestimmungen über finanziellen Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart oder zu Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit vorsehen können. Von dieser Möglichkeit haben sowohl der VdAK als auch der AEV Gebrauch gemacht und in Ihren Satzungen Regelungen über finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit getroffen.

Diese bislang bestehende Option kassenartinterner Finanzhilfen soll mit der beabsichtigten Neuregelung nunmehr zu einer verpflichtenden Vorgabe und zugleich erweitert werden um den Tatbestand der Sicherstellung der Entschuldung der Krankenkassen der jeweiligen Kassenart.

Für eine solche verpflichtende Vorgabe besteht aus Sicht der Ersatzkassen keine Notwendigkeit, sodass die vorgesehene Neuregelung abgelehnt wird.

Grundsätzlich ist eine Entschuldung aus eigener Kraft durch eine entsprechende Beitragssatzanhebung der jeweiligen Krankenkasse herbeizuführen. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die bestehende Regelung des § 222 Abs. 5 i.V. mit Abs. 4 SGB V bereits einen geschlossenen Regelungstatbestand zur Entschuldung bis Ende 2007 beinhaltet, die auch die jeweils zuständige Aufsichtsbehörde in die Verantwortung nimmt, eine planmäßige Entschuldung der in ihrem Zuständigkeitsbereich liegenden Krankenkasse durchzusetzen, da das vorzulegende Entschuldungskonzept ihrer Genehmigung bedarf.

Darüber hinaus ist es auch rechtlich fraglich, ob der mit der beabsichtigten Neuregelung einhergehende Eingriff in die Rechtspositionen der nicht verschuldeten Krankenkassen und deren beitragszahlenden Mitgliedern überhaupt zulässig wäre.

Des Weiteren ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, dass die Verschuldung der Krankenkasse bzw. eine nicht den Vorgaben des § 222 Abs. 5 SGB V entsprechende zeitliche Verzögerung der Entschuldung nicht zugleich eine Existenzgefährdung der betroffenen Krankenkasse bedeutet. Alleine die politische Absicht, dass beim Start des mit dem Entwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zum 1.1.2009 vorgesehenen Gesundheitsfonds alle Krankenkassen schuldenfrei sein sollen, rechtfertigt aus Sicht der Ersatzkassen keineswegs eine zwingende Vorgabe für eine Satzungsregelung zu kassenartinternen Hilfen zur Entschuldung. Sofern die Mitgliedskassen der jeweiligen Kassenart – auch mit Blick auf die jeweiligen Haftungsregelungen im Falle der Schließung einer Krankenkasse der Kassenart – zu der Auffassung gelangen, dass kassenartinterne Hilfen zur Beseitigung einer besonderen Notlage oder zu Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse ihrer Kassenart erforderlich sind, sind die derzeit bestehenden rechtlichen Möglichkeiten hierzu als völlig ausreichend anzusehen.

Letztlich stellen sich zu der vorgesehenen Neuregelung auch eine Reihe von Fragen bzw. Ungereimtheiten; wie z.B.

- Was genau ist unter dem Begriff „Verschuldung“ zu verstehen (tatsächlich aufgenommene Darlehen, ein tatsächliches Vermögensdefizit oder ein Betriebsmitteldefizit) ?
- In Absatz 3 Satz 3 wird ausgesagt, dass bei der Aufteilung der Hilfen u.a. die „Finanzreserven“ angemessen zu berücksichtigen sind. Was ist unter diesem Begriff zu verstehen ?
- Ist der in Absatz 4 Satz 1 genannte Termin 31.12.2006 als Stichtag zu begreifen oder sind Forderungen und Verpflichtungen zeitraumbezogen für das gesamte Jahr 2006 zu berücksichtigen ?
- Auf welcher Basis wäre eine zeitraumbezogene Verschuldung für 2006 zu ermitteln (weder die KV 45-Statistik für das 1. bis 4. Quartal noch die dem Jahresergebnis zugrunde zulegenden RSA-Eckwerte liegen zum geforderten Ermittlungszeitpunkt Ende Januar 2007 vor) ?

Diese und etliche weitere Fragen bedürften zwingend einer expliziten gesetzlichen Klarstellung um überhaupt eine hinreichende Rechtssicherheit der beabsichtigten Regelung zu gewährleisten.

## **2. Zu Änderungsantrag 7 der Ausschussdruckssache 0107 (Ausweisung von Beitragssatzanteilen zur Entschuldung in der Satzung)**

Der Änderungsantrag sieht vor, dass § 222 um einen Absatz 6 ergänzt werden soll, demzufolge in der Satzung der Krankenkasse die Beitragssatzanteile, die zur Entschuldung und für Finanzhilfen im Rahmen der Entschuldung von Kassen der jeweiligen Kassenart nach § 265a aufgewendet werden, gesondert auszuweisen sind.

**Die beabsichtigte Neuregelung wird abgelehnt, weil für die Ausweisung von Beitragssatzanteilen in der Satzung weder eine Notwendigkeit besteht noch eine solche Ausweisung praktikabel durchführbar wäre.**

§ 222 Abs. 5 SGB V enthält die zwingende Vorgabe, dass für Krankenkassen, die bis zum 31.12.2003 Darlehen zum Haushaltsausgleich aufgenommen haben, die Verschuldung bis spätestens zum 31.12.2007 abgebaut haben müssen. Dies bedeutet, dass bis zum 31.12.2007 die Entschuldung der gesetzlichen Krankenkassen sichergestellt werden muss. Auch im Hinblick darauf, dass die beabsichtigte Ergänzung des § 222 Abs. 6 SGB V erst zum 1.1.2007 in Kraft tritt und damit allenfalls für ein Jahr von Bedeutung wäre, besteht keine Notwendigkeit einer gesonderten Ausweisung von Beitragssatzanteilen zur Entschuldung in den Satzungen.

Darüber hinaus ist eine besondere Ausweisung von Beitragssatzanteilen zur Entschuldung auch nicht praxisgerecht. Die Krankenkassen nehmen im Rahmen ihrer Haushaltsplanung für das jeweils folgende Kalenderjahr eine Beitragssatzkalkulation auf der Grundlage ihrer Einschätzungen zu den voraussichtlichen Einnahmen und Ausgaben vor.

Die Festlegung eines Beitragssatzanteiles für Entschuldung und dessen Ausweis in der Satzung würde jedoch immer von der sich tatsächlich einstellenden Entwicklung abweichen. Deswegen ist es unmöglich, im Vorwege einen konkreten Beitragssatzanteil zur Entschuldung festzulegen, weil dieser zwangsläufig von der sich im Jahresverlauf einstellenden tatsächlichen Entwicklung abweichen würde.

Die der beabsichtigten Regelung zugrunde liegende Intention einer erhöhten Transparenz für die Mitglieder der Krankenkasse wäre ohnehin mit einer Satzungsregelung nicht zu erreichen, weil erfahrungsgemäß nur ein verschwindend geringer Teil der Mitglieder einer Krankenkasse sich die Mühe macht, sich mit den in der Satzung ihrer Krankenkasse getroffenen Regularien auseinander zu setzen.

Abschließend weisen wir daraufhin, dass es in der Begründung zu Artikel 1 Nr.15a - neu - (§ 222 SGB V) im zweiten Satz heißen müsste: „... Gleiches gilt für Finanzhilfen, die im Rahmen der Regelungen nach 265a SGB V zur Entschuldung von Kassen der **jeweiligen** (statt: anderen) Kassenart geleistet werden ...“ Wir gehen davon aus, dass es sich hier um ein redaktionelles Versehen handelt.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Doris Pfeiffer