

Änderungen durch das Versorgungsstrukturgesetz

Seit Jahresbeginn ist es in Kraft: das Versorgungsstrukturgesetz, von einigen auch Landarztgesetz genannt. Wie immer bei den letzten Änderungen im Gesundheitswesen fehlen zu Beginn noch die so genannten untergesetzlichen Normen. Das Recht der ärztlichen Leistungserbringung ist an vielen Stellen gekennzeichnet durch eine Delegation an die Selbstverwaltungsorgane. So werden mit Spannung die Änderungen des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) als auch die Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie erwartet.

veränderte Bedarfsplanung/Befristete Zulassung

Element der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist die Bedarfsplanung. Sinn und Zweck ist es hierbei, zu gewährleisten, dass eine ausreichende Zahl an Ärzten in einer bestimmten Region vorhanden ist. Hierzu liegt seit Februar 2012 ein neues KBV Konzept vor: Weil die 412 Kreise zu groß, die 12.000 Gemeinden als Planungsbereiche zu klein und heterogen sind, schlägt die KBV als Planungsgröße die 4628 Gemeindeverbände vor. In der Diskussion ist die Überarbeitung:

- der Einteilung der Planungsgruppen,
- die Neugliederung der Planungsbereiche,
- die Neufestlegung der Verhältniszahlen und
- die Neuregelung des Sonderbedarfs.

Die FAZ titelte Mitte Januar 2012: „Als Folge des neuen Landarztgesetzes entstehen Tausende neue Arztstellen. Die Krankenkassen warnen aber vor Mehrkosten von mindestens vier Milliarden Euro.“ In der Tat könnten nach Ansicht der KBV 12-20.000 neue Stellen für niedergelassene Ärzte entstehen. Dies könnte die Folge einer kleinräumigen und demografieorientierten Bedarfsplanung sein. In den Zentren kann es dadurch aber auch zu einer noch größeren mathematischen Überversorgung kommen. Das liegt daran, dass in den vergangenen Jahren immer mehr Ärzte ihre Praxen in die attraktiveren Stadtgebiete verlegt haben. Im Gegenzug entstand in den nicht so attraktiven Ortsteilen eine Schlechtersorgung. Weil das Gebiet im Sinne der Bedarfsplanung die ganze Stadt erfasste lag mathematisch in den meisten Fällen aber immer noch eine Überversorgung vor. Das wird sich ändern wenn die kleinräumige Bedarfsplanung greift. Die Krankenkassen rechnen mit zusätzlichen 4 Mrd. € für die Honorierung. Kritiker weisen darauf hin, dass diese neuen KV Sitze jedenfalls nicht in den für Ärzte attraktiven Regionen entstehen werden. Erste Testberechnungen werden derzeit regional vorgenommen. Ein aktuelles Szenario der KV Saarland hält 116 neue KV-Zulassungen für Hausärzte für möglich, insbesondere in den ländlichen Regionen. Aufgrund der Neuregelung in § 19 ZV-Ä wird mit dem neuen Absatz 4 erstmals die Möglichkeit geschaffen, vertragsärztliche Zulassungen zu befristen. Ersten Stellungnahmen ist zu entnehmen, dass die Befristung zu berücksichtigen habe, dass der Praxisgründer die typischerweise mit der Praxis verbundenen Investitionskosten während der Dauer der Zulassung refinanzieren muss. Diese Überlegungen hat der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen zu treffen. Eine Ausschreibung und Weitergabe der Praxis bzw. Zulassung ist nicht vorgesehen.

Anstellung von Ärzten/Verlegung von Vertragsarztsitzen

MVZ und Vertragsärzte können andere Ärzte anstellen, ohne dass eine Leistungsbeschränkung wie beim so genannten Job-Sharing eintritt. Die Anstellung ist jedoch nicht ohne Weiteres möglich. Grundlegende Voraussetzung ist, dass die Grundsätze der Bedarfsplanung beachtet werden. Von daher ist im gesperrten Gebiet eine Anstellung nur möglich, soweit ein freiberuflich tätiger Vertragsarzt auf seine Zulassung verzichtet, um sich bei einem anderen Arzt/MVZ anstellen zu lassen. Dies geschieht, indem der Vertragsarztsitz an den Ort des MVZ/des Vertragsarztes verlegt wird. Beachtenswert ist in diesem Zusammenhang die Neufassung des § 24 ZV-Ä. Hier geht es um die Frage ob der Zulassungsausschuss die Verlegung eines Vertragsarztsitzes verhindern kann. Eine Verlegung ist ja i.d.R. die Voraussetzung dass es zur Schaffung einer Arztstelle (angestellter Arzt) bei einem Vertragsarzt/MVZ überhaupt kommt. Bisher hatte der Arzt einen Anspruch auf Verlegung, wenn nicht ausnahmsweise Versorgungsgründe entgegenstanden. Seit 1.1.2012 liegt es im Ermessen des Zulassungsausschusses und dieser muss positiv feststellen muss, dass unter Versorgungsgesichtspunkten die Verlegung nicht nachteilig ist. Führt damit z.B. die Verlegung eines Vertragsarztsitzes in einen anderen Stadtteil zu Versorgungsproblemen in dem Stadtteil, in dem sich der Vertragsarztsitz derzeit befindet, kann der Zulassungsausschuss den Verlegungsantrag ablehnen. Da die Zulassungsausschüsse mit Vertretern der Ärzte, aber auch der Krankenkassen besetzt sind, erscheint eine solche Entwicklung nicht unwahrscheinlich.

Auch das Schicksal dieser Angestelltenstelle wurde neu geregelt: Bislang war eine Reaktivierung dieser neu geschaffenen Angestelltenstelle in eine freiberufliche Vertragsarztzulassung nicht möglich. Es gibt seit 01.01.2012 zwei Möglichkeiten: Zum einen die Antragstellung des Arbeitgebers auf Aufwertung der Arztstelle zu einer vertragsärztlichen Zulassung. Zum anderen besteht so die Möglichkeit, die nicht mehr benötigte Arztstelle wirtschaftlich zu verwerten. Im ersten Fall wird kein Nachbesetzungsverfahren gem. § 103 Abs. 4 SGB V eingeleitet, der bisherige Angestellte erhält dann die freiberufliche Zulassung. Im zweiten Fall wird ein Nachbesetzungsverfahren eingeleitet.

Änderungen im Bereich des MVZ

Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) kann nunmehr nur noch von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden. Damit werden zukünftig solche Gründer ausgeschlossen hinter denen sich auch Investoren ohne fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung verbergen konnten, wie etwa der ambulante Pflegedienst oder das Sanitätshaus.

Als zulässige Rechtsformen für medizinische Versorgungszentren sind künftig nur noch Personengesellschaften, d.h. Gesellschaften bürgerlichen Rechts, Partnerschaftsgesellschaften, eingetragenen Genossenschaften sowie Gesellschaften mit beschränkter Haftung zugelassen. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. Das bedeutet, dass diese bestandsgeschützten Einrichtungen aufgrund ihrer Zulassung alle Handlungsmöglichkeiten eines medizinischen Versorgungszentrums wahrnehmen können. So können Sie insbesondere, frei werdende Arztstellen nachbesetzen, weitere Vertragsarztsitze hinzunehmen und sich auf nach § 103 Absatz 4 ausgeschriebene Vertragsarztsitze bewerben. In der Begründung des Gesetz-

gebers lautet es: „Insbesondere durch den Ausschluss von Aktiengesellschaften als Rechtsform für medizinische Versorgungszentren wird die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen von reinen Kapitalinteressen gewährleistet.“ Die Stellung des ärztlichen Leiters wurde ebenfalls neu in § 95 SGB V definiert. Er muss nunmehr zwingend in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein.

Nebentätigkeit

Die dem Vertragsarzt und dem angestellten Arzt erlaubte Nebentätigkeit im Krankenhaus steht nunmehr nicht mehr zwingend unter der apodiktischen Zeitbegrenzung des alten Urteils des BSG v. 30.01.2002 (B 6 KA 20/01 R). Nach § 20 Abs. 1 ZV-Ä steht eine Nebentätigkeit der Eignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nunmehr nur noch entgegen, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Welche Zeitkontingente dies konkret ermöglicht kann derzeit nicht gesagt werden. Hier dürfte Klarheit durch den zu erwartenden neuen Bundesmantelvertrag erlangt werden.

Zweigpraxis / Filiale

Für die Genehmigung einer Zweigpraxis gelten weiterhin die Vorgaben des § 24 ZV-Ä. Die gesetzliche Vorgabe wurde allerdings präzisiert. Es wird klargestellt, dass bei der Genehmigungsentscheidung nicht schematisch auf die Entfernung oder Fahrtzeit zwischen Vertragsarztsitz und Zweigpraxis abzustellen ist, sondern dass ein Abwägungsprozess zu erfolgen hat. Dabei ist die Versorgungssituation an beiden Tätigkeitsorten zu berücksichtigen und der Versorgungsbedarf am Ort der Zweigpraxis ins Verhältnis zu einer eventuellen Beeinträchtigung der Versorgung am Vertragsarztsitz zu setzen. Der Gesetzgeber begründet diese Anpassung des § 24 ZV-Ä damit, dass er den Ausbau der „mobilen Versorgungskonzepte“ fördern will.

Nachbesetzungsverfahren § 103 Abs. 4 SGB V

Die Auswahlkriterien im Falle des Nachbesetzungsverfahrens im gesperrten Gebiet wurden überarbeitet:

Zu prüfen ist neben den bekannten Auswahlkriterien seit 1. Januar 2012, ob der Bewerber auf den ausgeschriebenen Sitz:

- eine mindestens fünf Jahre dauernde vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet ausgeübt hat, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat,
- der Bewerber Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes ist,
- ob der Bewerber bereit ist, besondere Versorgungsbedürfnisse, die in der Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung definiert worden sind, zu erfüllen. Hierbei kann es sich um die Bereitschaft handeln, neben der Tätigkeit am Vertragsarztsitz im überversorgten Planungsbereich in gewissem Umfang auch in nahegelegenen schlechter versorgten Gebieten tätig zu sein.

Zu beachten ist, dass es sich bei diesem Versorgungsbedürfnis um ein Auswahlkriterium handelt, also das Vorhandensein von Mitbewerbern voraussetzt. Es dürfte nicht zulässig sein, diese Bereitschaft vom „einzigen“ Bewerber einzufordern.

Die Frage ob überhaupt ein Nachbesetzungsverfahren eingeleitet wird, ist also ab 2013 von einem positiven Votum des Zulassungsausschusses abhängig.

Dies gilt nicht, wenn sich ein Kind, Ehegatte oder Lebenspartner oder ein Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde, um die Nachbesetzung bewerben. Hier wird oft vertreten dass eine BAG immer einen Schutzraum erzeugt, Der Wortlaut gibt dies allerdings so nicht her: „... dies gilt nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört. ...

Hat der Zulassungsausschuss den Antrag abgelehnt und kann die Vertragsarztpraxis deshalb nicht an einen Nachfolger verkauft werden, hat die Kassenärztliche Vereinigung eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis zu zahlen. Offene Fragen: Wer wird Eigentümer des Inventars der Praxis bzw. kann der Vertragsarzt bei Belassen des Inventars diese gesondert verwerten? Auch der Aspekt des „Verzichts“ wirft Fragen auf: Muss der Verzicht vorab erklärt werden, kann er zurückgenommen werden, wenn der Zulassungsausschuss die Ausschreibung ablehnt? Wer sorgt sich um die Patientenkartei?

ambulante spezialärztliche Versorgung

Mit dem Ausspruch: "Wer kann, der darf", ging der damalige Gesundheitsminister auf die Ärzteschaft zu. Spezialfachärztliche Leistungen sollen von niedergelassenen Ärzten wie auch von Krankenhäusern unter den gleichen Anforderungen an Qualität und Ausstattung erbracht werden. Abgerechnet werden soll in Euro und Cent, direkt mit den Krankenkassen. Starttermin ist 2013.

Fakt ist derzeit allerdings: Wer genau was dürfen können wird, ist mit Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar noch lange nicht klar. Dann beginnt lediglich die zwölfmonatige Frist, innerhalb derer der Gemeinsame Bundesausschuss "das Nähere" zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ausarbeiten soll. Erst wenn diese Richtlinie steht, werden niedergelassene Ärzte wissen, ob und unter welchen Bedingungen sie an der Behandlung eines oder mehrerer Krankheitsbilder der spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen können.

Neues zur Schnittstelle ambulant/stationär

Das BSG hatte im Jahre 2011 einen Rechtsstreit zu entscheiden, in dem niedergelassene Anästhesisten sich gegen die Durchführung von ambulanten Operationen im Krankenhaus gem. § 115 b SGB V wendeten. Prüfgegenstand war hierbei die Frage, wann berechtigterweise Krankenhäuser Vertragsärzte zu ambulanten Operationen im Krankenhaus hinzuziehen können.

Die Richter kamen hierbei zum Ergebnis, dass der § 115 b SGB V und der AOP Vertrag so zu verstehen ist, dass beim ambulanten Operieren am KH nur angestellte, verbeamtete oder Belegärzte tätig werden dürfen.

Das VStG hat hier überraschende Änderungen gebracht. Der neue § 115 b I Satz 4 SGB V sieht vor, dass in einer neuen AOP Vereinbarung vorzusehen ist, dass die Leistungen nach Satz 1 [ambulante Operationen] auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit

des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können.“ Diese Vereinbarung fehlt aber noch! Ebenso wurde die prä- und poststationäre Tätigkeit neu geregelt (§ 115 a SGB V) danach kann das Krankenhaus vor- und nachstationäre Behandlungen auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen.

Ärzte müssen mit mehr Klagen rechnen

Im SGB V finden sich nunmehr erhebliche Weiterungen zu dem Aspekt der Zusammenarbeit von Ärzten mit Dritten. Einschlägig sind hier die §§ 73 und 128 SGB V. In § 73 SGB V findet sich jetzt das bisher bereits aus der Berufsordnung bekannte Kick Back Verbot. Der § 128 SGB V wurde zuletzt 2009 angepasst, indem der sog. verkürzte Versorgungsweg nur noch für Notfälle erlaubt wurde. In Absatz 2 finden sich seit 1.1.2012 sehr weitreichende Änderungen.

Dort wird anhand von Beispielen definiert was eine unzulässige Zuwendung ist.

Unzulässige Zuwendungen sind demnach auch

- die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen,
- die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür
- sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen.

Hier liegt nach Ansicht des Verfassers ein erhebliches Risiko für die ärztlichen Leistungserbringer. Bereits Ende 2011 war dieses Thema Gegenstand der Medica juristica in Köln. Die Juristen kamen hierbei zu dem Schluss, dass mit einer erheblichen Ausweitung der Korruptionsverfahren gegen Mediziner zu rechnen ist. Ein renommierter Medizinrechtler wird zitiert: "Wir erleben die totale Kriminalisierung eines Verhaltens, das früher allenfalls als moralisch anstößig galt",

Wichtige Wegmarke im Zusammenhang mit der Frage der Beeinflussbarkeit der Vertragsärzteschaft durch Dritte war ein Verfahren vor den OLG Braunschweig. Ein Staatsanwalt hatte dort Ermittlungen mit Blick auf § 299 StGB (Bestechlichkeit) aufgenommen weil ein Apotheker für einen Vertragsarzt u.a. dessen Mietzahlungen an einen dritten Vermieter übernommen hatte. Der Vorwurf lautete weiter, der Vertragsarzt habe daraufhin diesen Apotheker bevorzugt, indem er seine Patienten quasi als Boten benutzte um dort in dieser Apotheke die Rezepte zu Lasten der Krankenkasse einzulösen. Das LG Braunschweig lehnte die Eröffnung des Hauptverfahrens ab, da es sich nach dieser Sichtweise bei Vertragsärzten nicht um Angestellte bzw. Beauftragte handele. Das daraufhin angerufene OLG Braunschweig sah dies zumindest zur Frage dieser Tatbestandsmerkmale anders.

Der Vertragsarzt wurde gleichwohl nicht verurteilt, weil die Staatsanwaltschaft nicht ausreichend ermittelt hatte, ob eine entsprechende Vereinbarung zwischen Ärzten und Apotheker tatsächlich getroffen worden war. Allein die Tatsache, dass ein erheblicher Teil der in der Arztpraxis ausgestellten Rezepte in der nahe gelegenen Apotheke eingelöst wurden, sah das Gericht jedoch als nicht ausreichend an.

Im Zusammenhang mit weiteren Verfahren liegt inzwischen diese Rechtsfrage beim BGH. Es geht also um die Frage: „Ist ein Vertragsarzt bei Verordnung von Arzneimitteln bzw. Hilfsmitteln ein Beauftragter der Krankenkassen?“ Zieht man die Äußerungen der gewöhnlich gut unterrichteten Kreise im Sinne einer prognostischen Einschätzung heran, dürfte dieses Verfahren für die Vertragsärzteschaft zukünftig erhebliche Probleme aufwerfen. Wohlgemerkt geht es hierbei um eine Tatbestandsfrage des Strafrechtes. Aus Sicht des Berufs- und Sozialrechts ist die Sachlage eindeutig.

Dies bestätigt ein höchst aktuelles Urteil des Heilberufsg NRW, Urt. vom 6.7.2011, welches im Februar 2012 veröffentlicht wurde.

Acht Niedergelassene Onkologen waren neben fünf Apothekern an einer Arzneimittelfirma beteiligt. Die Arzneimittelfirma war nach 13 AMG berechtigt Zytostatika herzustellen. Die Beteiligung der Ärzte ging bis ca. 50.000 €. Die Gewinne der Ärzte gingen teilweise über 150.000 €. Das Gericht prüfte nunmehr die Frage des Verstoßes gegen § 31 der Berufsordnung NRW. Der Fall hatte insofern eine Besonderheit, als die Ärzte sich vor Beginn dieser Kooperation bei ihren Rechtsanwälten rückversicherten ob diese Kooperation zulässig sei. Als weitere Besonderheit kam hinzu, dass auch ein Votum der zuständigen Ärztekammer eingeholt wurde, welche ebenfalls kein Problem sah. Nach Veröffentlichung der viel diskutierten Entscheidung des OLG Stuttgart (Az.:2U176/06 Labormedizin GmbH) zur Beteiligung an Laborgesellschaften änderte die Ärztekammer ihre Ansicht zur Zulässigkeit solcher Kooperationen und forderte die obigen Ärzte auf die Beteiligung an der Arzneimittelfirma einzustellen. In der Folge kam es zu der oben zitierten Entscheidung des Heilberufsg NRW.

Die Richter führten aus, das Verbot des § 31 MBO gelte nicht nur bei Überweisung an einen anderen Arzt sondern auch bei Apotheken, Geschäften, Unternehmen etc. Vorteil sei jede entgeltliche Leistung materieller. oder immaterieller Art, welche die persönliche Lage verbessert. Darunter können man auch Gewinne aus einer gesellschaftsrechtlichen Beteiligung fassen. Die hier zu besprechende Beteiligung an dem Arzneimittel Unternehmen sei dann davon erfasst, wenn die Ärzte „spürbaren Einfluss“ auf den Gewinn der Gesellschaft haben, etwa dadurch, dass an Apotheker verwiesen wird, die dort ebenfalls beteiligt sind und dort Zytostatika anfordern. Anderes gelte nur, wenn sachliche Gründe vorliegen. Die Ärzte hatten insofern Glück, da sie sich vorher bei Anwälten und der Ärztekammer rückversicherten: Es fehle nach Ansicht der Richter in diesem Fall an der Vorwerfbarkeit des Handelns, da die Ärzte im Verbotsirrtum handelten. Nach herrschender Auffassung dürfte allerdings diese Einschätzung zukünftig nicht mehr greifen, da nunmehr der Sachverhalt in einer breiteren Öffentlichkeit diskutiert werde.

Zur Verdeutlichung sei hier zum Abschluss noch einmal auszugsweise der neue, seit 1.1.2012 geltende § 128 Abs. 2 SGB V zitiert: „Unzulässig sind ... Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Ordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen.“

Autor:
RA Theo Sander
Heidegrund 41
48159 Münster
Tel.: 0251/56979