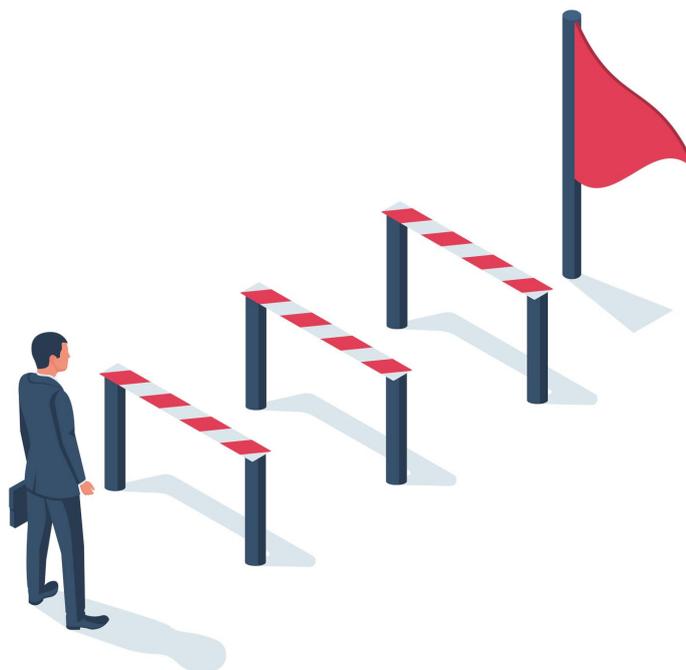


Schwerpunkte:

Hürden bei der Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren
Seite 8

Interview mit Landrat Klaus Peter Schellhaas über die Gründung kommunaler MVZ im Landkreis Darmstadt-Dieburg
Seite 16

Interview mit Rechtsanwalt Bernd Rieger über die Rechtslage in Bezug auf MVZ-Gründungen
Seite 17



Vorwort



Adrian W.T. Dostal

Geschäftsführer dostal & partner

Fachliche Zuständigkeit für Entwicklungen im Gesundheitsmarkt, Innovationstreiber, gesellschaftliche Entwicklungen und Trends sowie Publikationen zum Thema

in der nunmehr 7. Ausgabe unseres Kommunalmagazins Impulse steht das Thema "kommunale Medizinische Versorgungszentren (kMVZ)" im Mittelpunkt. Die Erfahrung hat folgende fünf "zentralen Argumente, wieso ein kommunales MVZ unschlagbar ist", gezeitigt:

1. Kommunale MVZ befriedigen die Nachfrage junger Ärztinnen und Ärzte nach Anstellungsmöglichkeiten.
2. Sie ermöglichen diesen die Arbeit in einem ärztlichen Team.
3. Kommunen als Gesellschafter (Träger) eines eigenen MVZ sind prinzipiell attraktive Arbeitgeber.
4. Kommunale MVZ sichern den Handelsumsatz im Bereich der Waren des täglichen Bedarfs am Ort und stützen die Gewerbesteuereinnahmen.
5. Sie ermöglichen als "Gesundheits-Leuchttürme" das "Andocken" weiterer medizinischer, therapeutischer und pflegender ambulanter Anbieter.

Doch wie gestaltet sich der Gründungsprozess? Mit welchen rechtlichen Hürden müssen Kommunen bei der Gründung rechnen? Und wie hoch ist das Risiko eines Regresses? Als Interviewpartner für die vorliegende Ausgabe konnten wir hierzu mit dem Landrat von Darmstadt-Dieburg sowie einem Medizinrechtler aus München sprechen.

Wohl gemerkt: Ein kommunales MVZ ist häufig die *ultima ratio*, falls eine privatwirtschaftliche Lösung seitens der Ärzteschaft nicht zustande kommt.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre!

Ihr

Inhalt

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 4 | Landarztquote: Ein Lösungsbeitrag für die Zeit nach 2030 | 16 | Interview mit Landrat Klaus Peter Schellhaas über die Gründung kommunaler MVZ im Landkreis Darmstadt-Dieburg |
| 8 | Hürden bei der Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren | 17 | Interview mit Rechtsanwalt Bernd Rieger über die Rechtslage in Bezug auf MVZ-Gründungen |
| 10 | Kommunale MVZ: Wie hoch ist das Risiko eines Regresses? | 19 | dostal-Portfolio |
| 13 | Der Zahnarztmarkt im Umbruch | 20 | Impressum |

Landarztquote: Ein Lösungsbeitrag für die Zeit nach 2030

Niedriges Studienplatzangebot „Humanmedizin“ bleibt

Aus der im „Masterplan Medizinstudium 2020“ vom März 2017 durch eine Bund-Länder-Konferenz festgeschriebenen geplanten „Stärkung der Allgemeinmedizin“ resultierte die sogenannte „Landarztquote“, die es den Ländern ermöglichte Anreize für die Niederlassung von jungen Allgemeinmedizinern im ländlichen Raum zu schaffen. Eine „Landarztquote“ erhöht jedoch nicht das Studienangebot im Bereich der Humanmedizin, sondern soll zielgenauer wirken. Der Umfang des Studienplatzangebotes bleibt so wie es ist. Man erinnert sich: Das Studienangebot wurde in den 1980er/1990er Jahre in den Landesparlamenten von seinerzeit etwa 17.400 in den alten Bundesländern auf mittlerweile etwa 11.500 in Gesamtdeutschland reduziert. In den letzten zwei bis drei Jahren wurde dieses Angebot in mehreren Bundesländern hunderterweise erhöht.

Grundsätzlich „schließt“ die „Landarztquote“ nach vielen Jahrzehnten irgendwie eine „Regelungslücke“, da man wg. der grundgesetzlich garantierten Berufs- und Niederlassungsfreiheit keinem Arzt einen bestimmten Ort zur Berufsausübung zuweisen darf. Bei Lehrkräften weiß man allerdings, dass man den Beruf nur an den Orten ausüben kann, an dem es auch eine entsprechende Schule gibt. Das gleiche gilt übrigens im Prinzip auch z.B. für Soldaten, Polizisten, Notare, Professoren oder auch Bezirks-Kaminkehrermeister. Wo keine Kaserne, keine Polizeiinspektion, kein



freiwerdender Notar- oder Bezirks-Kaminkehrermeister-Sitz und eine Universitäts- oder Hochschul-Infrastruktur ist, kann man zwar wohnen aber nicht im betreffenden Beruf arbeiten. Soweit zur Einordnung.

Landarztquote – was ist das?

Was beinhaltet der „Masterplan Medizinstudium 2020“? Die Länder können diesem zufolge bis zu zehn Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerber oder Bewerberinnen vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten bzw. durch Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen tätig zu sein. Zudem sollen Studierende besser über die Möglichkeiten informiert werden, ganze Ausbildungsabschnitte im ländlichen Raum abzuleisten sowie über hierzu abrufbaren finanziellen Förderungen. Dies ergänzt die Maßnahmen, die mit dem Versorgungsstärkungsgesetz bereits auf den Weg gebracht wurden, wie z.B. gezielte finanzielle Anreize, die Kassenärztliche Vereinigungen über

Strukturfonds zur Niederlassung im ländlichen Raum setzen können.“

Woher die eher unauffälligen „10 Prozent“ kommen – man denkt bei „Land“ spontan wohl eher an 20, 25 oder 30 Prozent – bleibt allerdings im Unklaren. Positiv ist allerdings die Abkehr vom Numerus clausus als Dogma der Mediziner-Qualifikation.

Dies belegen auch rasch die Statements auf entsprechenden Internet-Portalen: „Auch zählen für die Zulassung nicht mehr nur gute Noten (nicht zu verwechseln mit guter Eignung), sondern es verpflichten sich im Idealfall Menschen, die wirklich Landärzte werden wollen. Soziale Faktoren aber auch analytisches Denken kommen beim Auswahlverfahren stärker zum Tragen. Landärzte lernen ihre Patienten über Jahre kennen, in der Stadt und in der Klinik sieht man sie in der Regel nur kurz und selten mehr als einmal. Für viele Mediziner ist dies ein reizvolles Berufsbild.“

Bundeseinheitlich ist die vertragliche Verpflichtung für zehn Jahre in einer unterversorgten Region hausärztlich tätig zu sein. Wer den

Vertrag nach dem Medizinstudium und (in) der Facharztweiterbildung nicht erfüllt, muss mit bundesweit einheitlichen Strafzahlungen von bis zu 250.000 Euro rechnen.

Wie die jeweiligen landesgesetzlichen Regelungen, der Umfang der Landarztquote, das Prozedere, der Stand der Entwicklung usw. aussehen, wird anhand von fünf Bundesländern skizziert.

Nordrhein-Westfalen

Nordrhein-Westfalen war das erste Bundesland, welches die Landarztquote einführt. Grundlage ist das „Gesetz zur Sicher-

sonstigen Vergabeverfahrens) an Bewerber vergeben.

Baden-Württemberg

Die Landarztquote beruht auf dem „Gesetz zur Unterstützung der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen des öffentlichen Bedarfs in Baden-Württemberg vom 4. Februar 2021 (Landarztgesetz)“. Ziel des „alternativlosen“ – so die Antragsbegründung vom 8. Dezember 2020 – Gesetzes ist die Unterstützung der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Gebieten in Baden-Würt-

Der zuständige Gesundheits- und Sozialminister zeigte sich über das Ergebnis der Auswahlgespräche zufrieden: „Die ausgewählten Bewerberinnen und Bewerber haben allesamt gemein, dass sie neben beeindruckenden Referenzen und Vorerfahrungen eine fachlich hochqualifiziert besetzte Auswahlkommission, bestehend aus Hochschullehrerinnen und Hochschullehrern, Vertreterinnen und Vertretern aus der hausärztlichen Versorgung sowie Personen mit ärztlicher Sachkunde, von sich überzeugen konnten. Besonders hervorzuheben ist, dass alle Bewerberinnen und Bewerber sich sehr motiviert und engagiert gezeigt haben. Wir sehen hier viel Potential und sind überzeugt, dass die ausgewählten Bewerberinnen und Bewerber zu sehr guten Hausärztinnen und Hausärzten ausgebildet werden.“

Bereits vor der Einführung der Landarztquote wird – wie übrigens in den anderen Bundesländern auch – in Baden-Württemberg auf zahlreiche weitere Maßnahmen gegen den „Ärztemangel auf dem Land“ verwiesen. So engagiert sich

das Land z.B. mit dem Förderprogramm „Landärzte“ des Sozialministeriums „seit 2012 für die Sicherstellung einer zukunftsfähigen ambulanten medizinischen Versorgung im ländlichen Raum. Diese Fördermaßnahme wirkt sofort und greift die Versorgungslage nach der jeweils aktuellen Bedarfsplanung auf. Das Programm richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die gezielt im ländlichen Raum eine hausärztliche Tätigkeit übernehmen wollen. Mittlerweile wurden mit insgesamt knapp 3,8 Mio. Euro verschiedene Projekte von Praxisübernahmen oder Neueinrichtungen von Hausarztpraxen wie auch Anstellungen

Bundesland	Anzahl Medizinstudienplätze pro Jahr	Landarztquote	Anzahl „Landarzt“-Studienplätze pro Jahr
Nordrhein-Westfalen	2.180	7.8%	170
Bayern	1.699	5.8%	103
Baden-Württemberg	1.775	4.2%	75
Niedersachsen	600	10.0%	60
Mecklenburg-Vorpommern	410	7.8%	32
Rheinland-Pfalz	430	6.3%	27
Saarland	282	7.8%	22
Sachsen-Anhalt	420	5.0%	21
Thüringen	260	0.0%	0
Schleswig-Holstein	390	0.0%	0
Sachsen	560	0.0%	0
Hessen	1.035	0.0%	0
Hamburg	359	0.0%	0
Bremen	0	0.0%	0
Brandenburg	96	0.0%	0
Berlin	647	0.0%	0

stellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen besonderen öffentlichen Bedarfs des Landes Nordrhein-Westfalen (Landarztgesetz Nordrhein-Westfalen – LAG NRW)“ vom 18. Dezember 2018. Dieses wurde am 21. Februar 2020 mit Hilfe der Landarztverordnung - LAG-VO konkretisiert. Das Landeszentrum für Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (LZG NRW) ist mit der Durchführung der Landarztquote betraut.

Mit dem Wintersemester 2019/2020 wurden in NRW erstmals 170 Studienplätze (7,6% der Studienplätze außerhalb des

temberg mittels 75 Studienplätzen. Zuständig für die Umsetzung der Landarztquote und das Bewerbungsverfahren ist das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart.

Im Herbst 2021 sind unter den Studienanfängern des ersten Semesters erstmalig auch Medizinstudierende nach der Landarztquote. Von rund 450 eingegangenen Bewerbungen wurden 171 Bewerber vom zuständigen Landesgesundheitsamt zu Auswahlgesprächen eingeladen.

von Ärztinnen oder Ärzten zur Verbesserung oder Erhaltung der hausärztlichen Versorgung gefördert. Mittlerweile bekamen 187 Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte jeweils bis zu 30.000 Euro, wenn sie sich in einer ländlichen und förderfähigen Gemeinde niedergelassen haben. In 2020 und 2021 wurden mit Stand Frühjahr 2021 bereits 66 Förderanträge (2020: 50, 2021: 16) in einem Gesamtwert von 1,405 Mio. Euro bewilligt (2020: 1,045 Mio. Euro, 2021: 360.000 Euro).

Auch über den Kabinettsausschuss „Ländlicher Raum“ fördert Baden-Württemberg ein auf die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung ausgerichtetes Projekt des Gemeindetags, des Hausärzterverbands und Genossenschaftsverbands. Mit dem Projekt soll modellhaft erprobt werden, medizinische Versorgungszentren in Form von Genossenschaften zu gründen, um sich beispielsweise Arbeit und Praxisräume zu teilen und auch bürokratische Lasten zu verringern.

Mecklenburg-Vorpommern

Das Bundesland hat die Landarztquote mit dem Gesetz "Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen mit besonderem öffentlichem Bedarf des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Landarztgesetz Mecklenburg-Vorpommern - LAG M-V)" am 29. Januar 2020 auf den Weg gebracht. Von etwa 400 Medizinstudienplätzen in Greifswald und Rostock sollen 31 bzw. 32 (7,8 bzw. 8,0%) über die neue Quote vergeben werden. Zur Durchführung des Landarztgesetzes, das am 4. Februar 2020 in Kraft getreten ist, ist vom Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit in Zusammenarbeit insbesondere mit dem Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur eine Rechtsverordnung nach § 6 des

genannten Gesetzes zu erlassen. Diese hat sich wie das Gesetz am Muster des Landes Nordrhein-Westfalen orientiert.



Um an dem Auswahlverfahren zur Landarztquote Mecklenburg-Vorpommern für das Wintersemester 2021/2022 teilzunehmen, war die Bewerbung zum 30. April 2021 einzureichen. Auch hier sind sogen. öffentliche Verträge abzuschließen. Im § 2 „Aufgaben des/der Verpflichteten“ des dazu öffentlichen Vertrages heißt es:

„(1) Der/die Verpflichtete strebt einen erfolgreichen Abschluss des Medizinstudiums und der Facharztweiterbildung nach § 1 Absatz 1 an.

(2) Das Studium der Medizin soll in der Regelstudienzeit absolviert werden.

(3) Die Weiterbildung gemäß § 1 Absatz 1 ist unverzüglich nach Abschluss des Studiums zu absolvieren.

(4) Die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit gemäß § 1 Absatz 2 ist unverzüglich nach Abschluss der Weiterbildung gemäß § 1 Absatz 1 zu beantragen.

(5) Der/die Verpflichtete informiert die KV M-V unverzüglich schriftlich über die Aufnahme und den Abschluss des Studiums der Medizin sowie der Weiterbildung gemäß § 1 Absatz 1.

(6) Die KV M-V bestimmt, welche Nachweise in welcher Form zu führen sind.“

Bayern

Bereits ab dem Wintersemester 2020/21 werden pro Jahr 5,8 Prozent aller Medizin-Studienplätze an bayerischen Fakultäten vergeben, die sich ein Arbeitsleben als Landarzt vorstellen können. Das sind rund 110 Plätze pro Jahr. Die Regelungen stützen sich dabei auf das „Bayerisches Land- und Amtsarztgesetz“ vom 23. Dezember 2019.

Auch hier formuliert der zuständige Staatsminister etwas weiter ausgreifend: „Ganz besonders freut es mich, dass in Bayern erstmalig zum Wintersemester 2021/22 nun auch Studienplätze im Rahmen einer Quote für den Öffentlichen Gesundheitsdienst vergeben werden können. Wie wichtig Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst für das Allgemeinwohl und unsere Gesellschaft sind, führt uns derzeit die Corona-Pandemie ganz deutlich vor Augen.“

Wie in Baden-Württemberg unterstützt Bayern durch weitere Ansiedlungshilfen die Ansiedelung von Landärzten. Über die Landarztprämie des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) wird z.B. die Niederlassung von Hausärzten in Kommunen unter 20.000 Einwohnern in unterversorgten Planungsregionen gefördert.

Sachsen-Anhalt

Sachsen-Anhalt hatte am 29. Oktober 2019 als eines der ersten Bundesländer ein Landarztgesetz beschlossen: Das „Gesetz zur Sicherstellung der haus- und amtsärztlichen Versorgung in Bereichen besonderen öffentlichen Bedarfs des Landes Sachsen-Anhalt (Land- und Amtsarztgesetz Sachsen-Anhalt - LAAG LSA). Als zuständige Stelle nach diesem Gesetz wurde die Kassenärztliche

Vereinigung Sachsen-Anhalt, „die im Rahmen des Sicherstellungsauftrages und der Förderung der vertragsärztlichen Versorgung wahrnimmt“, definiert.

Im Februar 2020 wurden erstmals fünf Prozent der Studienplätze an den Universitäten Magdeburg und Halle im Rahmen der Landarztquote ausgeschrieben. Laut dem Sozialministerium sind 277,5 Hausarztstellen im Land nicht besetzt. Prognosen zufolge könnten bis 2032 weitere 260 freie Stellen hinzukommen. Zwanzig Studienplätze sollen über diese Quote vergeben werden.

Zum Stand der Umsetzung in Sachsen-Anhalt wurde im Frühjahr 2021 berichtet:

„In der zweiten Runde um Medizinstudienplätze mit der Landarztquote in Sachsen-Anhalt hat es online 192 Bewerbungen gegeben. Bis zum Ablauf der Bewerbungsfrist Ende März hätten 140 Bewerber fristgerecht die schriftlichen Unterlagen eingereicht, teilte die Kassenärztliche Vereinigung (KVSA) mit. 129 Kandidaten erfüllen demnach die formalen Voraussetzungen und können am weiteren Verfahren teilnehmen. Im vergangenen Jahr hatte es in der ersten Runde 277 Bewerbungen gegeben. In einem nächsten Schritt würden die Bewerber zu einem Onlinetest eingeladen, der neben der allgemeinen Studierfähigkeit auch die Motivation und Eignung zur hausärztlichen Tätigkeit in einer ländlichen Regionalabfrage, hieß es weiter.

50 Prozent des Testergebnisses, 40 Prozent Berufserfahrung und zehn Prozent Abiturnote ergäben das Gesamtergebnis, nach dem schließlich entschieden werde, wer zum Wintersemester 2021/22 einen Studienplatz nach der Quote erhalte. Die Bewerber mit

den 20 besten Gesamtergebnissen erhielten vom Land Sachsen-Anhalt den Vertrag. Vor einem Jahr waren bei der ersten Runde der Landarztquote 13 Frauen und sieben Männer zum Studium der Humanmedizin zugelassen worden.“ (Siehe dazu *Ärzteblatt vom 14. April 2021*)

Kritik an der Landarztquote

Das Konzept der Landarztquote wurde von Anfang an von einigen Akteuren kritisiert: So hat sich beispielsweise der Marburger Bund, als größter deutscher Ärzteverband, auf seiner 134. Hauptversammlung im November 2018 mehrheitlich kritisch gegen die Einführung einer Landarztquote ausgesprochen. Auch die Sächsische Landesärztekammer (SLÄK) hat bereits in einer Kammerversammlung im Jahr 2016 ein klares „Nein“ zur Landarztquote formuliert: „Die Verpflichtung, später auf dem Land zu arbeiten, verlangt Medizinstudierenden bereits zu einem frühen Zeitpunkt weitreichende Entscheidungen ab, schon bevor der medizinische Nachwuchs einen realistischen Einblick in die ärztliche Tätigkeit gewinnen kann. Dies ist weder im Sinne der künftigen Ärzte noch im Sinne der Patienten.“ Stattdessen forderte die SLÄK eine Erhöhung der Anzahl der Studienplätze und formuliert, es müssten andere Anreize geschaffen werden, junge Ärzte in die ländlichen Gebiete zu „locken“. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass sich Engpässe in der Versorgung nicht nur bei Hausärzten auf dem Land abzeichnen und spürbar werden, sondern auch Kliniken im ländlichen Raum bzw. einige Facharztdisziplinen sogar in manchen Stadtteilen schwer zu besetzen sind.

Auch der größte Nachteil der Landarztquote lag rasch auf der Hand und wurde seinerzeit auch formuliert: Akut ändert sich

erstmal überhaupt nichts. In Deutschland fehlen nach Berechnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer aktuell über 4.000 Hausärzte. Über die Quote wird dieses Problem frühestens in zehn Jahren bekämpft werden können, es sind also weitere Instrumente, die unmittelbar wirken, notwendig. Ebenfalls problematisch ist der Umstand, dass man sich bei 10-11 Jahren Ausbildung plus 10 Jahre Bindung für mindestens 20 Jahre einem Weg verpflichtet – und zwar direkt nach dem Abitur! Selbst bei der Bundeswehr ist eine solch lange Verpflichtung doch eher ungewöhnlich.

Auch das Baden-Württembergische Centrum für Hochschulentwicklung (CHE) äußert einige Bedenken: „Es stellen sich immer noch grundlegende Fragen. Die wichtigste lautet: Ist eine Landarztquote, die am Hochschulzugang ansetzt, wirklich zielführender als ein Anreiz- und Fördermodell, das nach einem erfolgreichen Medizinstudium ansetzt und zum Beispiel Praxiseröffnungen unterstützt, Weiterbildung fördert und eine höhere Vergütung in unterversorgten Gebieten gewährt?“

Und: „Aus Sicht des CHE ist es zudem fragwürdig, von Studienanfänger in jungen Jahren eine so weitreichende Festlegung abzuverlangen, die sie auf über zwei Jahrzehnte (6,5 Jahre Studium, 5 Jahre Weiterbildung, 10 Jahre Berufsausübung) regional, beruflich und finanziell bindet, und ihnen im Gegenzug „nur“ einen Studienplatz anzubieten.“ Sowie: „Das Risiko und die Zusatzkosten liegen allein beim Verpflichteten, das Land muss nicht einmal zusätzliche Studienplätze anbieten, sondern nur einen Teil der vorhandenen Plätze zu Landarzt-Plätzen umwidmen. Ein fairer Deal sieht anders aus.“ (Siehe dazu *CME-Pressemitteilungen von 2021*)

Hürden bei der Gründung kommunaler MVZ



Rechtliche Grundlagen

Kommunen kommen manchmal um die Gründung eines kommunalen Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nicht „herum“. Die Dichte der hausärztlichen Versorgung geht zurück, abgebende Einzelärzte finden keine Nachfolger und für größere Praxiseinheiten, die den Wunsch der Nachfolgeärzte nach Anstellung und flexiblen Arbeitszeitmodellen erfüllen, finden sich keine Unternehmerärzte, die dies privatwirtschaftlich aufbauen. Als letzte Lösung kommt dann der Gedanke eines kommunalen MVZ auf.

Hier ist die Rechtslage eindeutig. Medizinische Versorgungszentren sind gesetzlich seit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 zugelassen und geregelt. Rechtsgrundlage bildet § 95 SGB V. In 2012 wurde der §95 durch die Regelungen des GKV- Versorgungsstrukturgesetzes ergänzt. Diese finden sich im § 95 Abs. 1a SGB V:

„Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. [...] Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform möglich. [...]“

Sicherheitsleistungen von Ärzten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung

Freiberuflich niedergelassene Vertragsärzte z.B. in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen rechnen ihr Honorar mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ab.

Dies erfolgt über pauschale Abschlagszahlungen, die auf den vorliegenden historischen Praxisdaten beruhen. Jeweils im Folgejahr wird dann auf Basis der konkreten Leistungsdaten abgerechnet.

Bei der Abrechnung ihrer Leistungen sind die Vertragsärzte zur Wirtschaftlichkeit verpflichtet, d.h. die verordneten Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 SGB V). Die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots unterliegt einer gesetzlich vorgeschriebenen Wirtschaftlichkeitsprüfung (§§ 106 und 106b SGB V) Über Wirtschaftlichkeitsprüfungen prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen stichprobenartig die Einhaltung der Regeln.

Im Versorgungsstrukturgesetz aus dem Jahr 2012 hatte der Gesetzgeber festgelegt, dass Ärzte bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent zunächst eine individuelle Beratung erhalten. Erst bei einer weiteren Überschreitung kann seither ein Erstattungsbetrag festgesetzt werden. 2017 wurde die Überschreitung der Richtgrößenvolumens auf 45 Prozent angehoben.

Aktuell konnte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zudem zwei deutliche Verbesserungen bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen der 17 KVen erreichen, welche den Regressen vorausgehen. Diese wurden in den Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 1. Mai 2020 von GKV-Spitzenverband und KBV im § 3a Berücksichtigung einer Kostendifferenz gemäß § 106b Abs. 2a SGB V bzw. im §3 Fristen wie folgt formuliert:

„(1) Nachforderungen sind auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich verordneten Leistung zu begrenzen. Etwaige Einsparungen begründen keinen Anspruch zugunsten des verordnenden Arztes. [...] Die Berücksichtigung einer Kostendifferenz ist nur dann vorzunehmen, wenn die in Rede stehende Verordnung nicht bereits durch § 34 SGB V oder nach Anlage 1 der Heilmittel-Richtlinie ausgeschlossen ist und die Voraussetzungen nach § 12 Abs. 11 Arzneimittel-Richtlinie nicht vorliegen.“

Anmerkung: Bisher wurde der falsch verordnete Betrag in voller Höhe zurückverlangt.

§ 3b Fristen: „(1) Die Festsetzung einer Maßnahme, beispielsweise einer Nachforderung, muss für ärztlich verordnete Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab

dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, durch Bescheid der Prüfungsstelle erfolgen. Die Mitteilung der Prüfungsstelle an die Ärztin / den Arzt über die Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung oder die Antragsstellung einer Krankenkasse im Falle von Einzelfallprüfungen hemmen die vorgenannte Frist nicht.“

Anmerkung: Bisher erfolgte die Prüfung rückwirkend auf vier Jahre.

Die neuen Rahmenvorgaben von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband legen daher fest, dass in Regress genommene Ärzte künftig einen geringeren Betrag bezahlen müssen als bislang. Die Daten aus den Kassenärztlichen Vereinigungen zeigen darüber hinaus, dass die Zahl der Regresse weiter rückläufig ist. Zur Absicherung der KVen bei möglichen Rückzahlungen und/oder Regressen gibt jeder Vertragsarzt eine selbstschuldnerische Bürgschaft ab.

Welche Sicherheitsleistungen müssen Kommunen geben?

Auch Kommunen müssen als Träger kommunaler MVZ der KV gegenüber eine Sicherheitsleistung für mögliche Regresse abgeben. Die Art dieser Sicherheitsleistung ist von der gewählten Rechtsform abhängig. Im Fall der kommunalen Rechtsformen Regiebetrieb, Eigenbetrieb, Anstalt oder Körperschaft des öffentlichen Rechts ist hier keine formale Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaft oder andersgearteten Sicherheitsleistungen notwendig. Allerdings darf dieser Gründungsvorteil nicht über die gerade bei Regie- und Eigenbetrieb massiven Nachteile im Geschäftsbetrieb hinwegtäuschen.

Ein Blick auf die bestehenden kommunalen MVZ zeigt, dass die privatwirtschaftliche Rechtsform der (g)GmbH vor der AöR am beliebtesten ist. Die Gründung eines kommunalen MVZ in der Rechtsform einer GmbH hat für Kommunen neben vielen Vorteilen allerdings auch eine Gründungsschwäche. Die Kommune muss eine selbstschuldnerische Bürgschaft abgeben. Diese Hürde hat der Bundesgesetzgeber erkannt und daher im SGB V § 95 Absatz 2 Satz 6 formuliert:

„Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter entweder selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuchs für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische

Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden.“

Kommunalrechtlich ist es den Kommunen nur mit Zustimmung der jeweiligen Rechtsaufsicht erlaubt, eine selbstschuldnerische Bürgschaft abzugeben. Da der Bundesgesetzgeber ausdrücklich eine Beteiligung der Kommunen bei der wohnortnahen, d.h. hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung möchte, hat er hier in Satz 6 die Inanspruchnahme einer anderen Sicherheitsleistung nach § 232 BGB eingefügt. § 232 BGB definiert gleichzeitig auch die „Arten“ der Sicherheitsleistung. Leider noch in der Ursprungsform aus dem Jahr 1941

Arten nach BGB § 232

„(1) Wer Sicherheit zu leisten hat, kann dies bewirken durch Hinterlegung von Geld oder Wertpapieren, durch Verpfändung von Forderungen, die in das Bundes-schuldbuch oder in das Landesschuldbuch eines Landes eingetragen sind, durch Verpfändung beweglicher Sachen, durch Bestellung von Schiffshypotheken an Schiffen oder Schiffsbauwerken, die in einem deutschen Schiffsregister oder Schiffsbauregister eingetragen sind, durch Bestellung von Hypotheken an inländischen Grundstücken, durch Verpfändung von Forderungen, für die eine Hypothek an einem inländischen Grundstück besteht, oder durch Verpfändung von Grundschulden oder Rentenschulden an inländischen Grundstücken.

(2) Kann die Sicherheit nicht in dieser Weise geleistet werden, so ist die Stellung eines tauglichen Bürgen zulässig.“

Da gründungswillige Kommunen keine der benannten Sicherheitsleistungen hinterlegen können, ist der Rückgriff auf einen „tauglichen“ Bürgen, d.h. auf eine Bankbürgschaft in bestimmter Höhe notwendig.

Umsetzung bei der Abgabe einer Sicherheitsleistung nach §232 BGB

Die vom Gesetzgeber als Erleichterung für Kommunen vorgesehene Gesetzesanpassung läuft in der gelebten Realität allerdings noch häufig ins Leere. Die KVen haben sich bislang noch auf kein einheitliches Vorgehen in diesen Fällen geeinigt. Vielfach wird in einer ersten Aussage die Stellung einer Sicherheitsleistung nach §232 BGB abgelehnt. Meist wird erst nach anwaltlichen Einlassungen KV-seitig akzeptiert, dass eine BGB-Sicherheit zu benennen ist. Einheitlich wird dabei von den KVen auf die Form einer Bankbürgschaft

zurückgegriffen, allerdings mit unterschiedlichen „Deckelungen“. So benennt eine KV-Regionaldirektion in Bayern den fünffachen Umsatz eines hausärztlichen MVZ als abzugebende Bankbürgschaft. In einem aktuellen Fall in Niedersachsen wird von zwei Jahresumsätzen pro Arztsitz gesprochen.

Wie hoch ist das Risiko eines Regresses?

Einig sind sich jedoch alle Kassenärztlichen Vereinigungen, dass „durch die selbstschuldnerische Bürgschaft Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen abgesichert werden sollen, die bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch noch nach Auflösung des MVZ geltend gemacht werden könnten. Dazu zählen unter anderem falsche und nicht plausible Abrechnungen, sachlich-rechnerische Berichtigungen aus sonstigem Schaden (§ 106 d SGB V) und aus Ordnungsfehlerverhalten (unwirtschaftliche Verordnung, Überschreitung in der Durchschnittswertprüfung) durch die im MVZ tätigen Ärzte sowie Regresse im Zusammenhang mit der falschen Verordnung von Sprechstundenbedarf. Hierbei handelt es sich um keine

Besonderheiten für MVZ, sondern um Vorgaben, die für alle Arztpraxen gelten.“

Die Bürgschaft erfasst thematisch also lediglich Honorarfragen gegenüber der KV und den Kassen, Behandlungsfehler sind keine Grundlage für Bürgschaftsfälle. Patienten, die der Auffassung sind durch einen Behandlungsfehler im MVZ Schäden erlitten zu haben, können nicht auf die Bürgschaft zugreifen. Hinzu tritt, dass solche Themen ohnehin separat durch eine Berufshaftpflichtversicherung versichert werden.

Die Gefahr aus der Bürgschaft im Umfang von sechs oder siebenstelligen Beträgen zu haften, besteht eigentlich nur bei nachgewiesener fortwährender Falschabrechnung (meist sogar in Form eines gewerbsmäßigen Betruges). Bei ordnungsgemäßer Führung eines MVZ durch einen kundigen und vorsichtigen ärztlichen Leiter ist dies kein realistisches Szenario.

Kommunale MVZ: Wie hoch ist das Risiko eines Regresses?

Überschätzter Regress bei den niedergelassenen Ärzten – Die Antwort auf eine schriftliche Landtagsanfrage klärt auf

Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse wurden laut einer Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) schon um 2010/2011 bei künftigen Ärztinnen und Ärzten unter seinerzeit 12.000 Medizinstudierenden als eines der größten Hemmnisse für die Niederlassung als Vertragsarzt/Vertragsärztin empfunden. Eine weitere Umfrage der KBV belegte seinerzeit jedoch auch, dass bei nur 2,7 Prozent der Niedergelassenen im Beispieljahr 2007 ein Richtgrößenverfahren eingeleitet wurde und hiervon wiederum nur weniger als ein Prozent tatsächlich von Regressen betroffen waren. Diese Diskrepanz zwischen der wahrgenommenen Einkommensbedrohung und den tatsächlichen Regressen verhindert seit Jahren eine objektive Diskussion der Problematik und führt bis heute zur Irreführung von potentiellen Nachrücker-Ärzten, MVZ-Gründern und letztendlich auch der interessierten Öffentlichkeit.

Bereits im Beitrag „Hürden bei der Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren“ sprachen wir das Thema in Bezug auf die von den kommunalen Trägern abzugebenden Sicherheitsleistungen an. Eine weitere Vertiefung erfolgt auf Basis einer kleinen

Anfrage der seinerzeitigen bayerischen Landtagsabgeordneten Theresa Schopper vom 20. September 2011.



Derzeit ist Frau Schopper Ministerin für Kultur, Jugend und Sport von Baden-Württemberg. Der Wert der umfassenden Antwort durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit vom 8. November 2011 liegt – neben den ausgewählten Zahlen, die wir anschließend darstellen – insbesondere auch in der Erkenntnis, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die verfasste Ärzteschaft bis heute nicht gesetzlich zu einer regelmäßigen Veröffentlichung vergleichbarer Angaben verpflichtet sind.

A. Anzahl der Auffälligkeitsprüfungen - Arzneimittel

Verordnungsjahr	2004	2005	2006	2007	2008
Prüfungen	0	1272	464	565	437
Prüfungen/Ärzte (in %)		5,53	1,98	2,38	1,83

Anzahl der Auffälligkeitsprüfungen – Heilmittel

(quartalsweise Prüfungen nach Durchschnittswerten, da keine Richtgrößen vereinbart; pro Verordnungsjahr Angabe der Anzahl der Verfahren, die nach Vorprüfungen offiziell eingeleitet wurden.)

Verordnungsjahr	2004	2005	2006	2007	2008
Prüfungen	1230	956	1358	1612	1486
Prüfungen/Ärzte (in %)	5,46	4,17	5,80	6,80	6,22

Schlüsselfragen an die Staatsregierung und deren Beantwortung

In einer Vorbemerkung zur Beantwortung der Fragen führte das damalige bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit am 8.11.2011 aus: „Nach § 106 Abs. 4 SGB V bilden die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) sowie die Landesverbände der Krankenkassen in Bayern für die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine gemeinsame Prüfungsstelle sowie einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Diese Gremien nehmen ihre Aufgaben eigenverantwortlich wahr. Zu den aufgeworfenen Fragen hat das Staatsministerium daher eine Stellungnahme der ‚Prüfungsstelle Ärzte Bayern‘ eingeholt. Angaben zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen für die Verordnungsjahre 2009 und 2010 sind derzeit nicht möglich, da die Prüfungen noch nicht abgeschlossen sind.“ Die in Rede stehenden Prüfungen wurden also nicht von der KVB, sondern von der „Prüfungsstelle Ärzte Bayern“ durchgeführt. (Bayerischer Landtag 16. Wahlperiode, Drucksache 16/10332 vom 13.12.2011).

Die niedergelassene Ärzteschaft in Bayern stellte sich anhand der der Bayerischen Ärztekammer gemeldeten berufstätigen Ärzte in den Jahren 2004 bis 2008 wie folgt dar (Quelle: Bayerische Landesärztekammer, jeweils ambulant/Praxis einschl. Privatärzte):

2004: 22.539 Ärzte
 2005: 22.993 Ärzte
 2006: 23.419 Ärzte
 2007: 23.712 Ärzte
 2008: 23.876 Ärzte

Anmerkung: Da nach Auskunft der BAEK-Meldestatistiker von Anfang Juni 2021 niemand sagen kann, wie viele Ärzte damals und heute konkret als Vertragsärzte tätig waren bzw. aktuell sind, bzw. wie viele von ihnen ausschließlich als Privatärzte arbeiten, muss hier – um die folgenden Zahlenangaben überhaupt mengenmäßig einordnen zu können – behelfsweise mit diesen BAEK-Zahlen weitergearbeitet werden.

1. „Umfang der Auffälligkeitsprüfungen“

Frage: „Wie viele Auffälligkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V wurden seit der Einführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung pro Jahr in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns durchgeführt?“

(Abb. A)

Anmerkung: Bemerkenswert ist die jährlich unterschiedliche Anzahl der Richtgrößenprüfung im Bereich Arzneimittel. Mit ø rd. 685 jährlich durchgeführten Richtgrößenprüfungen im Arzneimittelbereich bei ø 23.308 Ärzten, waren 2,96 % der bayerischen Vertragsärzte betroffen. D.h. die Quote der Auffälligkeitsprüfungen dürfte wohl bei Berücksichtigung des notwendigen Abzuges von Privatärzten bei über 3,2% gelegen haben.

Frage: „Wie groß ist der Anteil der niedergelassenen Ärzte, deren Verordnungen pro Quartal einer Auffälligkeitsüberprüfung unterzogen werden (bitte pro Arztgruppe aufschlüsseln)?“ (Abb. B)

Prüfgruppe	Verordnungsjahr				Gesamt	Anteil
	2005	2006	2007	2008		
Allgemeinärzte	620	238	71	45	974	35,57%
Anästhesisten	14	0	34	22	70	2,56%
Augenärzte	36	9	50	33	128	4,67%
Chirurgen	99	0	48	41	188	6,87%
Dialyseeinrichtungen	0	0	0	9	9	0,33%
Frauenärzte	49	37	64	38	188	6,87%
Hautärzte	24	11	18	17	70	2,56%
HNO-Ärzte	29	16	42	24	111	4,08%
Internisten fachärztl.	64	54	47	44	209	7,63%
Internisten hausärztl.	82	37	15	16	150	5,48%
Kinder-/Jugendpsych.	9	2	11	9	31	1,13%
Kinderärzte	58	11	45	17	131	4,48%
MKG-Chirurgen	0	0	11	15	26	0,95%
Nervenärzte	25	6	15	24	70	2,56%
Neurologen	4	3	7	13	27	0,99%
Nuklearmediziner	3	1	4	1	9	0,33%
Orthopäden/Reham.	57	0	43	30	130	4,75%
Psychiater	8	5	16	13	42	1,53%
psychotherap.Ärzte	35	18	24	26	103	3,76%
Urologen	56	16	0	0	72	2,63%
Gesamt	1273	464	565	437	2739	

Antwort: Die Angaben können nur für die Richtgrößenprüfungen für Arzneimittel gemacht werden. Bei der Prüfung der Verordnung von Heilmitteln liegen diese Zahlen der Prüfungsstelle Ärzte Bayern aufgrund der anderen Prüfsystematik nicht vor.“

Anmerkung: Dass Hausärzte, d.h. Allgemeinärzte und hausärztlich niedergelassene Internisten, mit 41,05% einen großen Anteil an der gesamten Anzahl der geprüften niedergelassenen Ärzte einnehmen, erstaunt kaum. Dies entspricht ungefähr dem Anteil der Hausärzte an der Gesamtheit der niedergelassenen Vertragsärzte.

2. „Beratungen“

Frage: „Wie hat sich die Zahl der gezielten Beratungen nach § 106 Fünftes Sozialgesetzbuch in den Jahren 2007, 2008, 2009 in der KVB entwickelt?“ (Abb. C, Zeilen 2 und 9)

Anmerkung: Beratungen finden bei einer erstmals festgestellten Auffälligkeit statt, um die Vorgaben der Verordnungen zu erläutern und Unklarheiten zu beheben.

Frage: „Wie hoch war in den Jahren 2007, 2008, 2009 der Anteil von gezielten Beratungen aufgrund einer Überschreitung der maximalen Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnungen von Heilmitteln und Arzneimitteln?“

Antwort: Die Prüfungsstelle hat für die genannten Jahre keine gezielten Beratungen aufgrund einer Überschreitung der maximalen Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnungen durchgeführt. Im Rahmen von Auffälligkeitsprüfungen bei Arzneimitteln kann die Beratung ggf. aber auch diese Fragestellung mit umfassen.

C. Auffälligkeitsprüfungen - Arzneimittel		
Verordnungsjahr	2007	2008
1) Prüfungen, davon	565	437
2) Beratungen	97	71
3) Anzahl Regressbescheide	97	71
4) Höhe der Regressbescheide (von – bis)	50,92 – 454.599 €	358,43 – 159.482 €
5) Prüfungen/Ärzte (eigene Berechnungen), davon	2,38%	1,83%
6) Beratungen/Ärzte	0,41%	0,30%
7) Regressbescheide/Ärzte	0,41%	0,30%

C. Auffälligkeitsprüfungen / Regressbescheide – Heilmittel (quartalsweise Prüfungen nach Durchschnittswerten, da keine Richtgrößen vereinbart; pro Verordnungsjahr Angabe der Anzahl der Verfahren, die nach Vorprüfungen offiziell eingeleitet wurden.)

Verordnungsjahr	2007	2008
8) Prüfungen, davon	1.612	1.486
9) Beratungen	335	312
10) Anzahl der Regressbescheide	508	571
11) Höhe der Regressbescheide (von – bis)	132,74 – 116.156 €	57,78 – 122.120 €
12) Prüfungen/Ärzte (eigene Berechnung)	9	6,22%
13) Beratungen/Ärzte	1,41%	1,31%
14) Regressbescheide/Ärzte	2,14%	2,39%
15) Widersprüche insgesamt, davon	166	142
16) stattgegeben	4	

3. „Anzahl der Regresse, Höhe und Widersprüche“

Frage: „Wie viele Regresse wurden in den Jahren 2007, 2008, 2009 ausgelöst infolge der Überschreitung der maximalen Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnungen von Heilmitteln? bei Arzneimitteln?“

Antwort: Allein durch Überschreitung der maximalen Verordnungsmenge wurden weder für Heilmittel noch für Arzneimittel Regresse ausgelöst.“

Fragen: „Wie viele Ärzte welcher Fachrichtungen erhielten in den Jahren 2007, 2008, 2009 einen Regressbescheid und in welcher Höhe (bitte Spannbreite angeben)?“ (Abb. C, Zeilen 4 und 11)

„Wie viele Ärzte haben in den Jahren 2007, 2008, 2009 gegen einen Regressbescheid Widerspruch beim Beschwerdeausschuss eingelegt?“ (Abb. C, Zeilen 15 und 16)

Antwort: „Die Anzahl der Regressbescheide – Arzneimittel betragen für das Verordnungsjahr 2007 97 und für das Verordnungsjahr 2008 71. Für das Jahr 2009 liegen noch keine Zahlen vor.“

4. „Herstellung von Transparenz“

Frage: „Welche Maßnahmen der KVB sind der Landesregierung bekannt, um in der niedergelassenen Ärzteschaft Transparenz über den tatsächlichen Umfang von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressen herzustellen?“

Antwort: „Die KVB informiert die Vertragsärzte regelmäßig über den Abschluss und die Umsetzung von Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung. Dazu zählen auch Informationen über Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Information erfolgt über verschiedene Medien, wie z. B. die Mitgliederzeitschrift, Rundschreiben oder das Internet. Die Prüfungsgremien in Bayern planen darüber hinaus, ab Ende 2011 über einen Internetauftritt allgemeine Informationen zu veröffentlichen.“

Anmerkung: Eine gesetzliche Regelung zur Veröffentlichung der Ergebnisse aus der Arbeit der Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschüsse gibt es bis heute nicht. Angesichts des seit etwa 2014/2015 heraufziehenden Ärztemangels, insbesondere dem Hausärztemangel auf dem Lande, gibt es neben den sogenannten Nachrücker-Ärzten der Generation Y zahlreiche weitere Stakeholder, zu denen nicht zuletzt auch die vom Ärztemangel betroffenen Kommunen gehören, die auch solcher Informationen bedürfen. Gleichzeitig stellt sich aber auch die Frage, aus welchen Quellen sich eines

der „größten Investitionshindernisse für die Niederlassung als Vertragsarzt/Vertragsärztin“ Regresse, begleitet von einer „wahrgenommenen Existenzbedrohung“ (Theresa Schopper), speisen.

5. Aktuelle Anpassungen der Prüfparameter

Mit Datum vom 5.10. 2020 flossen die seit langem geäußerten Einwände der Ärztevertreter in die Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen ein. Zwei fundamentale Anpassungen mit sofortiger Wirkung auf die o.g. Zahlen wurden zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beschlossen.

Zum einen reduzierte sich der Prüfzeitraum für die statistischen Auffälligkeitsprüfungen von vier auf ein Jahr. Der Bescheid der Prüfungsstelle muss innerhalb von zwei Jahren vorliegen. Zum anderen sind Nachforderungen auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich verordneten Leistung zu begrenzen. Rückgefordert wird also nicht mehr die gesamte verordnete Leistung, sondern ausschließlich die Kostendifferenz. Vor allem Letzteres dürfte deutlich Auswirkungen auf die o.g. Regress-Summen haben.

Der Zahnarztmarkt im Umbruch

Neues vom Zahnärzte-Markt: Vom Wachstum zahnmedizinischer MVZ und der Zunahme von angestellten Zahnärzten



Betrachtet man als Akteur im hausärztlichen Bereich die Entwicklung der Zahnärztdichte in Deutschland, kann man diese nur beneiden. Die Zahl der Einwohner pro behandelnden Zahnarzt nimmt stetig ab (siehe Abbildung 1, KZBV Jahrbuch 2020). Gleichzeitig sank von 2010 bis 2019 die Zahl der freiberuflich niedergelassenen Zahnärzte bundesweit um 5.831. D.h. auch hier ist – wie im humanärztlichen Bereich – eine deutliche Zunahme von größeren Praxiseinheiten mit angestellten Zahnärzten zu verzeichnen. Gleichzeitig verdeckt diese (vordergründig) positive Gesamtentwicklung, dass sich ebenso wie im hausärztlichen Bereich, beim Thema Zahnarzt auf dem Lande, zunehmend erste Lücken auf-tun. Allerdings sind Zahnarzttermine mit Masse

planbare Eingriffe und weniger akute Fälle wie beim Hausarztbesuch. Mit dadurch möglichen Vorausplanungen können regelmäßig auch längere Anfahrtswege besser organisiert werden. Auch hängt die Existenz von Apotheken am Ort weniger von Zahnärzten ab als von Haus- und Fachärzten. Jedoch ist der Investitionsbedarf bei Zahnarzt-Praxen deutlich höher als bei Hausärzten.

Problemverschärfend wirkt sich die Altersstruktur aus. 2017 waren 24 Prozent der freiberuflich tätigen Zahnärzte zwischen 55 und 64 Jahren alt, 10 Prozent waren bereits 65 Jahre und älter. Bis 2030 wird voraussichtlich jeder zweite Zahnarzt in den Ruhestand gehen. Es werden mehr Praxen aufgegeben als übernommen oder neu gegründet. In diesem Szenario sind die Praxen auf dem Land überproportional betroffen. Die Quote nicht nachbesetzter Kassenzahnarztsitze dürfte dann schätzungsweise bei 30 Prozent liegen. KZBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Wolfgang Eßer postulierte bereits 2018 in einem Handelsblatt-Interview: „dass die Kollegen im ländlichen Raum in allen Bundesländern heute sagen, dass ihre Praxen nicht mehr verkäuflich sind“.

Investoren lenken fast jedes vierte Zahnarzt-MVZ

Insbesondere die hohen Investitionen führten dazu, dass bundesweit Ende Juni 2020 bereits etwa 1.040 rein zahnärztliche Medizinische Versorgungszentren (Z-MVZ) zugelassen waren. Was die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) dabei mit Sorge betrachtet, ist der zunehmende Anteil von investorengestützten MVZ (sogenannte I-MVZ). Gab es im Dezember 2015 lediglich zehn solcher I-MVZ, so waren es im März 2020 bereits 207. Von bundesweit rund 738 rein zahnärztlichen MVZ wird somit fast jede vierte Einrichtung (23 Prozent) von „Fremdinvestoren“ betrieben. Tendenz steigend.

Bayerns Zahnärzte-Chef Christian Berger sieht durch eine "Industrialisierung der Zahnmedizin" eine eindeutig nachteilige Entwicklung für die Versorgung im ländlichen Raum. Fremdkapital-finanzierte Medizinische Versorgungszentren (I-MVZ) konzentrieren sich überwiegend auf die städtischen Ballungsräume. Ende 2019 existierten in Bayern 158 zahnmedizinischen MVZ, 68 hatten ihren Sitz in Großstädten mit mehr als 100.000 Einwohnern, 63 in Städten zwischen 10.000 und 100.000 Einwohnern und nur 27 in kleineren Gemeinden.

Nach Einschätzung der KZBV werden solche I-MVZ vorwiegend in gut versorgten, urbanen Gegenden, in denen das Durchschnittseinkommen höher ist, eröffnet. Man denke daran, dass das Volumen der reinen Krankenkassenabrechnungen nur bei etwa einem knappen

Drittel der Zahnarzt-Erlöse liegt. Das Vorhandensein einer zahlungskräftigen Patientenklientel steht somit im Mittelpunkt jeder Standortfrage. Nur sieben Prozent der I-MVZ sind derzeit an der Versorgung von ländlichen und strukturschwachen Regionen in Bayern beteiligt.

Damit leisten die I-MVZ, so der KZBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Wolfgang Eßer „so gut wie keinen Beitrag zur Patientenversorgung in Gebieten, in denen am ehesten Versorgungsengpässe und Unterversorgung drohen. Die Aufrechterhaltung der flächendeckenden, wohnortnahen und qualitätsgesicherten Versorgung durch freiberuflich tätige, dem Gemeinwohl verpflichtende Zahnärztinnen und Zahnärzte wird mit dem Geschäftsmodell der Investoren auf Dauer gefährdet.“ (Siehe KZBV-Pressemeldung vom 2. Juli 2020).

Allerdings musste der KZBV-Chef bei einer Sitzung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 4. März 2020 einräumen, dass es im Zahnärzter-Bereich überhaupt „keine Bedarfsplanung“ wie bei der haus- und fachärztlichen Versorgung gibt. Auch sei das Honorierungssystem der Zahnärzte völlig anders. Trotz dieser Planungs- und Steuerungslücke ist für die KZBV und die KZVen „die Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung ein schützenswertes Gut, dass es im Interesse bewährter Praxisformen und Patienten künftig unbedingt zu verteidigen gilt. Die gute Versorgung in Deutschland wird seit Jahrzehnten durch freiberuflich tätige Zahnärzte sichergestellt.“ Doch die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages und freie Zahnarztwahl seien durch den ungehinderten Zustrom versorgungsfremder Investoren bedroht.

Fazit

Ein Ansatz für die Lösung den heraufziehenden Zahnarztmangel auf dem Lande ist tatsächlich, dass seit Februar 2019 niedergelassene Zahnärzte in Einzelpraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften, mehr angestellte Zahnärzte beschäftigen dürfen: Seitdem können drei bzw. in Ausnahmefällen auch vier angestellte Zahnärzte je Vertragsarzt in Vollzeit oder entsprechend in Teilzeit tätig werden. Diese erweiterten Anstellungsmöglichkeiten unterstützen demnach auch Filialbildungen mit angestellten Zahnärzten auf dem Lande. Irgendwie ist einem dieser Lösungsansatz auch beim Hausärztemangel auf dem Lande schon begegnet und wird auch dort schon praktiziert. Bei bundesweit immerhin 72.589 behandelnd tätigen Zahnärzten müsste sich vor Ort für die betroffene Kommune eine Lösung finden lassen.

Doch ebenso wie im hausärztlichen Bereich geht hier selten bis kaum die Initiative von den Zahnärzten aus. Es fehlt häufig an Partnern vor Ort, um diese

Transformation am Dentalmarkt zu begleiten. Beim parallel stattfindenden Hausärztemangel auf dem Lande wachsen bundesweit Kommunen stetig in ihre neue Unterstützer-Rolle hinein. Denn findet der niedergelassene Zahnarzt am Ort keinen Nachfolger, müssen die

Patienten zwangsläufig in das nächstgrößere Zentrum mit Arztpraxen fahren. Dies wirkt sich nicht nur negativ auf den weichen Standortfaktor der Gemeinde aus, sondern zeitigt auch wirtschaftliche Effekte bei Einzelhandel und Gastronomie.

Interview

Klaus Peter Schellhaas, seit 2009 Landrat des Landkreises Darmstadt-Dieburg und Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Hessischen Landkreistages, im Gespräch mit *Impulse* über die Gründung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) in kommunaler Trägerschaft.



Klaus Peter Schellhaas

Das Interview für *Impulse* führte Luise Viktoria Ruß.

Impulse: Herr Schellhaas, Sie haben seit 2014 mit nunmehr sieben MVZ im Landkreis Darmstadt-Dieburg ein dichtes Netz an haus- und fachärztlichen Versorgungsangeboten aufgebaut. In Ihrem Interview mit unserem Magazin vom Januar

2020 betonten Sie die enge Zusammenarbeit zwischen den kommunalen MVZ, den niedergelassenen Ärzten und den Bürgermeistern. Wie hat sich diese Zusammenarbeit in den nunmehr gut 1 ½ Jahren weiterentwickelt?

Ein Teil unseres Erfolges ist die sehr enge Zusammenarbeit und der ständige Austausch aller Beteiligten, sowohl den niedergelassenen Ärzten, unseren Bürgermeistern und den vielen anderen Akteuren auf dem Gesundheitsmarkt. Durch die Etablierung mehrerer Beiräte sind wir sehr nah an den Entwicklungen in einzelnen Städten und Gemeinden als auch an bundesweiten Neuerungen, wie etwa durch unseren Fachbeirat, in dem sich Experten austauschen, oder unserem regionalen Beirat, in dem sich die Bürgermeister besprechen. Runde Tische mit den niedergelassenen Ärzten runden diese Zusammenarbeit ab und ergeben für uns ein komplettes Bild der aktuellen Versorgungssituation.

Impulse: Die Jahre 2020 und 2021 waren und sind aufgrund der Corona-Pandemie für den ärztlichen Bereich eine große Herausforderung. War es für Sie als Landrat von Vorteil, auf ein Netz an ärztlichen kommunalen Einrichtungen zurückgreifen zu können? Oder spielte die kommunale Trägerschaft der MVZ hierbei keine Rolle?

Sowohl in unseren kommunalen MVZ als auch bei den niedergelassenen Haus- und Fachärzten im Landkreis war und ist die Corona-Pandemie eine große Herausforderung. Durch unsere hausärztlichen MVZ sind wir sehr nah an den Patienten und Bewohnern unseres Landkreises. Wir haben Erfahrungen in vorderer Reihe sammeln können und beteiligen uns auch in hohem Ausmaß an den Corona-Impfungen. Wir arbeiten hier Seite an Seite, um der Pandemie und deren Auswirkungen entgegenzutreten zu können. Regional sind unsere kommunalen MVZ natürlich sehr wichtig, die Rolle der Trägerschaft ist hier zweitrangig.

Impulse: Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen waren Anfang 2020 in den hausärztlichen Planungsbereichen Dieburg / Groß-Umstadt im Osten des Landkreises und Darmstadt im Westen (einschl. Stadt Darmstadt) 15,5 bzw. 5 Hausarztsitze unbesetzt. Diese Zahlen stiegen mit Stand 3/2021 auf 17,5 bzw. 5,5 freie Hausarztsitze an. Inwieweit helfen die kommunalen MVZ als größere Praxiseinheiten dabei den bestehenden Ärztemangel aufzufangen? Ich denke hierbei v.a. an den Einsatz von Telemedizin, nichtärztlichen Praxisassistenten usw.

Bis zum Jahr 2030 werden wir in unserem Landkreis, und die

Statistiken zeigen hier eine bundesweite Tendenz, über 65% der hausärztlichen Versorgungsaufträge nachbesetzen müssen. Diese Entwicklung ist seit Langem bekannt und aktuelle Beispiele zeigen, dass nicht nur im ländlichen Raum, sondern auch in den Städten Hausärzte keine Nachfolger mehr finden. Wir konnten in den vergangenen Jahren sehr gute Erfahrungen mit speziell ausgebildeten nicht-ärztlichem Personal (NäPA) in unseren MVZ sammeln. Unsere Ärzte werden entlastet und sowohl unsere NäPAs als auch unsere ambulanten Case-Manager sind in der Kombination Telemedizin ein guter Schritt, die medizinische Versorgung der Bevölkerung auf einem sehr hohen Niveau aufrecht zu erhalten.

Impulse: Sind derzeit weitere MVZ in Planung? In unserem letzten Gespräch vom Januar 2020 strebten Sie den Aufbau von drei zusätzlichen hausärztlichen MVZ-Standorten im Landkreis an.

Wir haben konkret den Aufbau eines weiteren hausärztlichen MVZ im Süden unseres Landkreises, in der Gemeinde Alsbach-Hähnlein, in der Umsetzung. Konkrete Anfragen von weiteren Städten und Gemeinden und Ärzten, die keine Nachfolger finden, erreichen uns fast wöchentlich. Hier ist jedoch ein abgestimmtes Procedere einzuhalten, was auch die niedergelassenen Ärzte mit einbezieht und auch die wirtschaftliche Seite betrachtet. Hierzu sind wir in enger Abstimmung mit den Städten und Gemeinden, um auch kurzfristige Lösungen bieten zu können, falls die notwendig sind.

Impulse: Sie haben damals ja ganz bewusst die MVZ in die alleinige Trägerschaft des Landkreises übernommen und z.B.

das Kreisklinikum und auch niedergelassene Ärzte als mögliche Träger eines kommunalen MVZ außenvorgelassen. Hat sich dieser Weg im Nachhinein bestätigt?

Es gibt nicht nur einen Weg, und so ist die Trägerschaft auf viele Weisen möglich. Hier gibt es meist nicht richtig oder falsch – für uns war ein Vorteil, den Landkreis als Träger einzurichten, zum einen eine mögliche höhere Akzeptanz im Vergleich zu den oftmals privatrechtlich betriebenen „Krankenhaus – MVZ“, zum anderen war von Anfang an eine sehr gute Vernetzung im Landkreis selbst gegeben. Zudem konnten wir uns auf die Entwicklung unserer kommunalen MVZ fokussieren, das wäre als, anfangs kleiner Bestandteil einer großen Klinik, vielleicht untergegangen. Wie gesagt, gibt es hier viele Wege, die genauso gut umgesetzt hätten werden können. Wir sind jedenfalls sehr zufrieden mit der Entwicklung.

Impulse: Mit Ihrem hausärztlich-internistischen MVZ waren Sie eines von acht bundesweiten PORT-Projekten der Robert-Bosch-Stiftung. Die im Mai 2021 veröffentlichte Studie „Gesundheitszentren für Deutschland – Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann“ baut auf den Erkenntnissen aus diesem Förderprogramm auf und gibt einige Antworten auf die kommenden Herausforderungen. Was waren im Rückblick gesehen für Sie die Vorteile am Förderprojekt teilzunehmen?

Glücklicherweise konnten wir uns für eine Weiterförderung bei der Robert-Bosch-Stiftung bewerben und haben diese Förderung auch bis zum Jahr 2023 erhalten. Ein toller Erfolg für unseren Landkreis

und unsere MVZs. Natürlich ist der finanzielle Aspekt, welcher eine solche Förderung mit sich bringt, sehr wichtig, um einzelne Projekte zu etablieren und auch Personal hierfür zu gewinnen. Mindestens genauso wichtig ist jedoch die bundes- und auch weltweite Vernetzung, die die Zusammenarbeit mit der Robert-Bosch-Stiftung mit sich bringt. Gemeinsam mit den anderen Förderpartnern ist ein Netzwerk entstanden, welches die gemeinsamen zukünftigen Herausforderungen leichter bewältigen lässt.

Impulse: Sie führen die fünf Landkreis-MVZ des „Zentrums der Medizinischen Versorgung (MVZ) GmbH“ als GmbH. Der Landkreis ist Alleingesellschafter. Bei aktuellen Gründungsvorhaben von kommunalen MVZ in Form einer GmbH taucht immer wieder das Problem der Sicherheitsleistung gegenüber der jeweiligen KV auf. Dabei ist KV-seitig eine mögliche Deckelung der Bürgerschaft auf Basis § 232 BGB nicht beliebt, bundesweit wird zu Beginn immer auf eine nicht gedeckelte „selbstschuldnerische Bürgerschaft“ bestanden. Dies verunsichert viele Rechtsaufsichten und Landratskollegen. Was können Sie diesen mit auf den Weg geben?

Auch bei unserem ersten MVZ gab es die Fragestellung mit der selbstschuldnerischen Bürgerschaft für die KV. Man muss mutig sein und durch intensive Gespräche mit unserer Aufsichtsbehörde, der KV und unserem Landkreis, die damals wie heute dasselbe Ziel verfolgten, nämlich die Versorgung der Bevölkerung.

So konnte eine Lösung gefunden werden. Die drohende ärztliche Unterversorgung und die Daseinsvorsorge sind hier die

ausschlaggebenden Punkte. Mittlerweile handelt die KV nach dem Motto – Beratung vor Regress –

womit eine Inanspruchnahme der Bürgerschaft sehr unwahrscheinlich geworden ist.

Impulse: Herr Schellhaas, herzlichen Dank für das interessante Gespräch und weiterhin viel Erfolg!

Interview

Herr Bernd Rieger, seit 2012 Sozius der Rechtsanwaltskanzlei für Heilberufe sowie Wirtschafts- und Unternehmensrecht KLAPP RÖSCHMANN RIEGER mit Niederlassungen in München, Augsburg und Koblenz, im Gespräch mit Impulse über rechtliche Hürden bei der Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren.



Bernd Rieger

Das Interview für Impulse führte Luise Viktoria Ruß.

Impulse: Bundesweit werden immer mehr Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in privater oder kommunaler Trägerschaft gegründet. Inwieweit unterscheiden sich diese in den zentralen Punkten Zielsetzung, Konzept und Gründungsaufwand?

Allgemeingültige Unterschiede in Konzept und Zielsetzung vermag

ich nicht auszumachen. Ich würde vielmehr nach der Art und Weise der Gründungsvorhaben differenzieren. Ist ein Medizinisches Versorgungszentrum Ergänzung zu dem Versorgungsangebot eines Krankenhauses, sind nach meinen Erfahrungen Zielsetzung und Konzept kommunaler Krankenhausbetreiber denen privatärztlicher Krankenhausbetreiber sehr ähnlich. Festzustellen ist aber zugleich, dass in unterschiedlichen Versorgungsbereichen die Marktpräsenz von kommunalen und privaten Betreibern unterschiedlich hoch ist. So ist beispielsweise die hausärztliche Versorgung in unterversorgten Gebieten eher Betätigungsfeld kommunaler Betreiber. Die Zahnärztliche-MVZ-Kette das Gegenbeispiel.

Der Gründungsaufwand ist jeweils hoch, die Hürden an unterschiedlichen Stellen. Kommunale Gründungsvorhaben kämpfen oftmals mit kommunalgesetzlichen Einschränkungen; wie dem teilweise bestehenden Verbot unbefristete Bürgschaften zu stellen. Für private Betreiber ist der Zugang zur Versorgung gesetzlich versicherter Patienten nur über den Erwerb und Betrieb eines Plankrankenhauses sinnvoll möglich.

Impulse: Bleiben wir bei den kommunalen MVZ. Bei der Gründung kommunaler MVZ trifft der bundesweit geltende § 95 SGB V auf die von Bundesland zu Bundesland etwas unterschiedlichen Kommunalgesetzgebungen. Welche Schwierigkeiten ergeben sich daraus für den Gründungsprozess und die Genehmigung der Rechtsaufsicht?

Kommunalrecht ist Ländersache. Dies hat die Konsequenz, dass den in § 95 SGB V einheitlich festgelegten MVZ-Gründungsvoraussetzungen in unterschiedlichen Bundesländern unterschiedliche kommunalrechtliche Vorbehalte entgegenstehen. Potenziert werden die hieraus resultierenden regionalen Besonderheiten dadurch, dass die in den einzelnen Bundesländern für die Zulassung Medizinischer Versorgungszentren zuständigen Zulassungsgremien ebenfalls sehr individuell und ohne Abstimmung mit den Gremien anderer Bundesländer entscheiden und Rechtsauffassungen entwickeln. Überspitzt formuliert, beginnen medizinrechtliche Berater, wenn sie zum ersten Mal ein neues Bundesland betreten, wieder "bei Null".

Impulse: Im Februar 2020 gab das Bundesgesundheitsministerium ein Gutachten zu den Gründungsvoraussetzungen für MVZ in Auftrag. Darin wird, wie es scheint, eine mögliche „Behinderung“ für die MVZ-Gründung, mittels einer Erhöhung der dazu notwendigen Arztsitze empfohlen: Diese soll laut Gutachter von derzeit zwei auf drei volle Versorgungsaufträge ansteigen. In Regionen mit Unterversorgung oder lokalem Versorgungsbedarf sollen wie bisher zwei volle Versorgungsaufträge zur Gründung ausreichen. Wie stark wird sich diese Regeländerung auf die Gründung von privatwirtschaftlichen und kommunalen MVZ auswirken?

Kommt es zu dieser Gesetzesverschärfung wären weit mehr als 90

% der MVZ-Gründungen, die ich in den letzten Jahren anwaltlich begleitet habe, unmöglich. Hinzu kommt, dass derzeit in den meisten Bundesländern die Rechtsauffassung vertreten wird, dass die Gründungsvoraussetzungen eines MVZ bereits gegeben sind, wenn sich zwei Vertragsärzte einen Vertragsarztsitz teilen. Hierdurch ist die in der Praxis oftmals anzutreffende Fortführung einer Einzelpraxis durch zwei angestellte Vertragsärzte als MVZ möglich. Die Situation, dass drei Vertragsärzte mit jeweils vollem Versorgungsauftrag bereits zu einer Berufsausübungsgemeinschaft verbunden sind und gleichzeitig abgeben wollen, kommt in der Lebenswirklichkeit praktisch nicht vor. Die Gesetzesverschärfung würde also eine weitere Konzentration von Vertragsarztsitzen hin zu den in den Ballungsgebieten bereits existierenden MVZ bewirken, was das Gegenteil dessen ist, was der Gesetzgeber mit dem Leitbild der Praxiserhaltung erreichen möchte. In Regionen mit Unterversorgung oder lokalem Versorgungsbedarf auf eine Gesetzesverschärfung zu verzichten, wird keine Auswirkungen haben. Hier wäre aus meiner Sicht angezeigt über weitere Gründungs- und Niederlassungsanreize nachzudenken.

Impulse: Gleichzeitig wird empfohlen, dass die Jahre, die ein bisher freiberuflich niedergelassener Arzt beim Einbringen seines Arztsitzes in ein MVZ in demselben angestellt sein muss, verringert werden sollen. Diese Frist soll von drei auf ein Jahr sinken. Aus unserer Sicht wird dies gerade in noch voll versorgten Gebieten eine der großen Gründungshindernisse für MVZ beseitigen. Wie sieht das „auf dem Lande“ aus? Wie bewerten Sie beides?

Ich teile Ihre Einschätzung. Ein wesentliches Gründungshindernis ist derzeit, dass es nicht mehr in die Lebensplanung eines Abgebers passt, sich drei Jahre beim Übernehmer anstellen zu lassen. In Bedarfsplanungsbereichen, die nicht gesperrt sind, dürfte es keine Auswirkungen geben, da dort regelmäßig zur rechtssicheren Übertragung eines Vertragsarztsitzes der Verzicht zu Gunsten einer Anstellung beim Übernehmer nicht erforderlich ist.

Impulse: Wie sieht es mit der Soll-Anzahl von zu belegenden Arztsitzen aus. Wann und wie lange muss diese Rahmenbedingung erfüllt sein? Nur bei der Antragstellung? Was ist, wenn Monate nach dem Start eine z.B. eine Ärztin wg. einer Schwanger- oder Mutterschaft „von Bord geht“?

Es muss davon ausgegangen werden, dass die Soll-Anzahl von Vertragsärzten als MVZ-Gründungsvoraussetzung dauerhaft dargestellt werden muss. Die Sonderregelung in § 95 Abs. 6 Satz 2 SGB V, wonach bei Wegfall einer Gründungsvoraussetzung sechs Monate Zeit zur Wiederherstellung sind, dürfte nicht greifen. Vielmehr droht der Zulassungsentzug. Zumindest ist anerkannt, dass Abwesenheiten wegen Schwangerschaft oder Mutterschutz nicht als „Ausscheidensfall“ zählen. MVZ die nach bisheriger Rechtslage zugelassen sind, wird aber Bestandsschutz zu gewähren sein.

Impulse: Gerade bei Gründung kommunaler MVZ in GmbH-Form gibt es hinsichtlich der Sicherheitsleistungen gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung bundesweite Unterschiede. Woher rühren diese Unterschiede und wie

gehen Kommunen mit Gründerabsicht damit um?

Neben den erwähnten bundeslandspezifischen Besonderheiten im Kommunalrecht und der unterschiedlichen Spruchpraxis der Zulassungsgremien ist die gesetzliche Regelung zur Sicherheitsleistung in § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V für Kommunen kaum umsetzbar. Zwar wurde extra für Kommunen die Möglichkeit geschaffen eine sog. „andere Sicherheitsleistung nach § 232 BGB“ zu leisten. § 232 BGB ist aber seit dem 01.01.1941 inhaltlich unverändert und sieht zwischenzeitlich marktübliche Sicherheiten, wie eine Bankbürgschaft, nicht vor. Die Möglichkeit nach § 232 BGB Sicherheit beispielsweise durch Bestellung von Schiffshypotheken an Schiffen oder Schiffsbauwerken, die in einem deutschen Schiffsregister oder Schiffbauregister eingetragen sind, zu leisten, hilft gründungswilligen Kommunen wenig. Aktuell verbleibt nur die Möglichkeit sich in Vorabgesprächen mit den Zulassungsgremien auf die Stellung anderer, gleichwertiger Sicherheiten zu verständigen. Eine solche Verständigung ist rechtlich unproblematisch möglich, von der Kommune aber nicht einseitig durchsetzbar.

Impulse: Wie könnte dazu ein Lösungspfad aussehen? Braucht es weitere gesetzliche Regelungen um – nebenbei bemerkt – auch bei hinderlichen kommunalaufsichtsrechtlichen Regelungen, gegenzusteuern? Wäre auch ein Art Clearing-Stelle sinnvoll?

Rechtssicherheit, Rechtsklarheit und eine einheitliche Spruchpraxis der Zulassungsgremien kann aus meiner Sicht nur der Bundesgesetzgeber durch detailliertere Bundesgesetze schaffen. Da der Kernbereich der Gesundheits-

vorsorge betroffen ist, besteht entsprechende Regelungskompetenz. Eventuelle entgegenstehende kommunalrechtliche Bestimmungen wären dann nicht mehr gründungshemmend, da Bundesrecht Landesrecht bricht (Art. 31 GG). Der Ansatz eine Clearing-Stelle einzurichten ist sicherlich gut, nur zeigt die Erfahrung, dass der Effekt solcher Einrichtungen

häufig hinter den Erwartungen zurückbleibt. Meist lässt sich das Votum der Clearing-Stelle bereits mit Blick auf die dortige Bearbeitungsdauer nicht sinnvoll in die dynamischen Gründungsvorgänge integrieren. Aus meiner Sicht könnte daher nur der Bundesgesetzgeber effizient wirken. Nur leider gehen viele Überlegungen an dieser Stelle nicht in eine

Richtung, die zukünftige MVZ-Gründungen erleichtern werden oder Rechtsklarheit schaffen. Dies gilt gleichwohl für MVZ in privater und kommunaler Hand.

Impulse: Herr Rieger, ich bedanke mich für das interessante Gespräch!

dostal-Portfolio zur Sicherung der ärztlichen Versorgung



Impressum

Herausgeber

dostal & partner management-beratung gmbh

84137 Vilsbiburg Bahnhofstraße 5 Tel.: +49 (0)8741 9678910
Fax: +49 (0)8741 9678929

90461 Nürnberg Frankenstraße 152 Tel.: +49 (0)911 2379305
Fax: +49 (0)911 2379299

50672 Köln Hohenzollernring 57 Tel.: +49 (0)221 16025 205
Fax: +49 (0)221 16025 29

10117 Berlin Friedrichstraße 171 Tel.: +49 (0)30 25493141
Fax: +49 (0)30 25493299

E-Mail: info@dostal-partner.de
Web: www.dostal-partner.de

Redaktion Luise Viktoria Ruß