

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) – Chancen und Risiken

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) ist am 01.01.2007 in Kraft getreten und wird die Gesundheitslandschaft verändern. Im wesentlichen wurde die Zulassungsverordnung für Ärzte geändert und an die Liberalisierungen des Berufsrechts angepasst.

Allerdings fehlen noch einige untergesetzliche Folge-Regelungen, die erst durch Vereinbarungen im Bundesmantelvertrag oder in Richtlinien des G-BA geklärt werden können. Das bedeutet, dass derjenige, der von dem neuen Gesetz sofortigen Gebrauch macht, Unsicherheiten in Kauf nehmen muss.

Die wichtigsten Änderungen, die für die vertragsärztliche Tätigkeit von besonderer Bedeutung sind:

Aufhebung der Sektorengrenzen

Eine zentrale Änderung des VÄndG besteht darin, dass ein Vertragsarzt nunmehr auch gleichzeitig als angestellter Arzt im Krankenhaus oder einer anderen stationären Einrichtung tätig sein darf.

Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Sicherstellung der Versorgung des Vertragsarztes weiterhin gewährleistet sein muss. So darf die Tätigkeit im Krankenhaus bei einer Einzelpraxis nicht mehr als 13 Stunden/Woche umfassen. Allerdings besteht seit dem VÄndG auch die Möglichkeit einer sogenannten Teilzulassung – damit kann der Versorgungsauftrag auf die Hälfte reduziert werden, was sicherlich in der Kombination stationäre und ambulante Tätigkeit von Vorteil sein wird.

Die Neuerung bedeutet damit auch, dass sich ab sofort Krankenhausärzte auch auf Zulassungen bewerben können. Sie können dann entweder in eigener Praxis oder auch als angestellte Vertragsärzte in den Praxen anderer Kollegen tätig werden. Es wird davon ausgegangen, dass diese Möglichkeiten das Medizinische Versorgungszentrum für Krankenhäuser wieder attraktiv machen wird und dass hiermit der Bogen gespannt wird, die stationäre und ambulante Versorgung mit denselben Ärzten durchzuführen. Niedergelassene Ärzte sind daher gut beraten, sich frühzeitig mit Krankenhäusern in ihrer Region in Kontakt zu setzen, um somit in diesen Prozeß eingebunden zu werden, um nicht einen Wettbewerbsnachteil zu erleiden.

Kumulierung von Vertragsarztsitzen in einer Praxis

Bislang war es ausschließlich ein Privileg des MVZ, mehrere Vertragsarztsitze in das MVZ einzubringen und auf diese Zulassungen verschiedene Ärzte anstellen zu dürfen. Eine weitere Neuerung der Ärzte-ZV ermöglicht nun, dass ein zugelassener Arzt in einem gesperrten Bezirk gegenüber dem Zulassungsausschuss auf seine Zulassung zugunsten einer Praxis verzichten

kann, in der er oder sie sich dann anstellen lässt. Der Praxisinhaber kann diese Stelle auch nachbesetzen, so dass die Zulassung nicht mehr personengebunden ist, wenn sie zugunsten der Anstellung in die Praxis eingebracht wird.

Warum sollte ein niedergelassener Arzt auf seine Zulassung zugunsten der Praxis verzichten?

- Bringt ein junger Arzt, der nicht in eine eigene Praxis investieren will eine Zulassung mit ein, erhöht sich das Leistungsvolumen für die Praxis und die Anstellung ist auch für den Praxisinhaber wirtschaftlicher.
- Dies könnte sich im Gegenzug in einem höheren Gehalt oder einem zusätzlichen Bonus auswirken, der für beide Ärzte interessant ist.
- Außerdem ist zu berücksichtigen, dass das Einbringen einer Zulassung einen positiven Einfluss auf den Praxiswert haben wird.
- Interessant für ältere Ärzte ist, dass sie ihre Zulassung auch gegenüber niedergelassenen Kollegen entgeltlich verwerten können, indem sie ihre Zulassung in die Praxis des Kollegen einbringen, ihre eigene Praxis damit schließen und sich noch ärztlich anstellen lassen.

Überörtliche Tätigkeit in eigener und fremder Praxis

Die überörtliche Tätigkeit ist privatärztlich bereits seit 2004 möglich – nunmehr auch für Vertragsärzte. Dabei sind verschiedenen Konstellationen zu unterscheiden: Die Filialpraxis, die überörtliche Gemeinschaftspraxis und die Teilgemeinschaftspraxis.

- Die Filialpraxis – Aufhebung der Ortsgebundenheit

Ein Arzt ist nicht mehr an seinen Vertragsarztsitz ausschließlich gebunden und darf nach § 24 Abs.3 ZV-Ärzte seine vertragsärztliche Tätigkeit auch an weiteren Standorten ausüben, wenn folgende Bedingungen (kumulativ) erfüllt sind:

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.*

Zwar ist keine zahlenmäßige Begrenzung der Anzahl der Orte benannt worden, aber die Sicherstellung der Versorgung der Patienten am Hauptsitz des Vertragsarztes dürfte in der Praxis eine reale Einschränkung darstellen.

Allerdings ist nicht geregelt, wann „die Versorgung an den weiteren Orten verbessert“ ist. Die KVen gehen derzeit davon aus, dass sich dieses Kriterium nach der Bedarfsplanung richtet – wenn also ein Vertragsarztsitz frei ist, dann kann die Versorgung verbessert werden, wenn nicht, dann nicht. Tatsache ist jedoch, dass das Kriterium der Bedarfsplanung aus dem ersten Entwurf des VÄndG wieder entfernt worden ist und dass es dem Gesetzgeber hier in erster Linie um qualitative Kriterien der medizinischen Verbesserung der Versorgung ging. Es ist daher anzunehmen, dass hier

insbesondere die überörtliche Ausweitung der Spezialisierung ärztlicher Leistungen angestrebt war. Das würde auch der Versorgung in ländlicheren Gebieten Vorschub leisten, da mit dieser Regelung eine überörtliche Praxisstruktur die Versorgung vor Ort gewährleisten kann, ohne dass teure Spezialisten permanent vor Ort „bevorratet“ werden müssen.

Die Möglichkeit zur Filialbildung geht über die KV-Grenzen hinaus. Ein Vertragsarzt kann grundsätzlich auch in einem fremden Planungs- und KV-Bezirk eine Filialpraxis eröffnen. Hier ist allerdings von der fremden KV eine sogenannte Ermächtigung für die neue Niederlassung einzuholen, die sich in diesem Fall in der Tat an der dortigen Bedarfsplanung orientiert.

Die neue Regelung gibt außerdem dem Inhaber der Filialpraxis die Möglichkeit, auch angestellte Ärzte sowohl in der eigenen, als auch in der Filialpraxis zu beschäftigen.

Hier ist allerdings im Hinblick auf die vertragliche und steuerliche Gestaltung Vorsicht geboten, da der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung nicht gefährdet werden darf, um insbesondere auch steuerliche Nachteile zu vermeiden.

- Die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

Von der Filialpraxis zu unterscheiden ist der Zusammenschluss zweier oder mehrerer Praxen zu einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (das ist der neue Ausdruck für die herkömmliche Gemeinschaftspraxis). Es handelt sich dann gesellschaftsrechtlich um ein gemeinsames Unternehmen – mithin um eine Praxis mit mehreren Standorten. Dies kann sowohl innerhalb einer KV, als auch KV-übergreifend geschehen (wobei für Letzteres noch die Ausgestaltungsregelungen aus dem Bundesmantelvertrag bedarf).

Voraussetzung ist grundsätzlich in beiden Fällen:

dass das jeweilige Mitglied der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft seiner Versorgungspflicht an seinem eigenen Vertragsarztsitz nachkommt. Damit soll der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung gewährleistet bleiben. Aber auch hier besteht die Möglichkeit, die Präsenzplichten an dem jeweiligen Standort durch angestellte Ärzte zu gewährleisten.

Damit haben die sich zusammenschließenden Ärzte die Möglichkeit, Patienten zwischen den Standorten „pendeln“ zu lassen, sowie auch an einem Standort gemeinsame Sprechstunden abzuhalten.

Bei KV-Bezirk übergreifenden Gemeinschaftspraxen besteht noch Diskussionsbedarf hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung. Nach der neuen ZV-Ärzte müssen nämlich die Gesellschafter der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft verbindlich für mindestens 2 Jahre den „maßgeblichen Vertragsarztsitz“ wählen.

Derzeit wird diskutiert, ob dies bedeutet, dass damit die vollständige Zuständigkeit der KV in allen Fragen für alle Standorte bedeute, insbesondere im Hinblick auch zulassungs- und Abrechnungsfragen. Es wird der Wortlaut dahingehend interpretiert, dass diese überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft damit auch zu der KV „optieren“ kann, wo sie den höheren Punktwert erhält. Es muß davon ausgegangen werden, dass bei grundsätzlichem Erhalt des derzeitigen

Abrechnungssystem, dies nicht der Fall sein wird. Vielmehr ist zu vermuten, dass die Leistungen an jedem Standort zum jeweiligen Punktwert des örtlichen KV—Bezirks erbracht werden wird. Die Abrechnung dürfte auch einfacher durchgeführt werden können, als vielfach vermutet, da künftig jeder Arzt eine lebenslange Arztnummer erhält, sowie die Vertragsarztsitze mit jedem Standort mit einer sogenannten „Betriebsnummer“ (als Anhang zur oder Bestandteil der Abrechnungsnummer) ausgestattet werden. Werden nunmehr von einem Arzt Leistungen an einem Standort erbracht, müssen diese auch standortspezifisch dokumentiert werden. Eine Zuordnung zu Arzt und Betriebsstätte sowie KV und entsprechendem Punktwert stellt keine größere Hürde dar. Die konkrete Ausgestaltung dieser Struktur wird allerdings erst Ende des zweiten Quartals 2007 erwartet. Auch werden weitere Konkretisierungen erwartet, die die Möglichkeit des Zulassungsausschusses betreffen, die Genehmigung einer solchen überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit Auflagen versehen kann.

- Die überörtliche Teilberufsausübungsgemeinschaft

Die bereits dargestellte überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft kann auch auf einzelne (Teil-)Leistungen beschränkt werden. Anders als bei der überörtlichen Gemeinschaftspraxis ist es häufig von den Beteiligten nicht erwünscht und medizinisch teilweise auch nicht sinnvoll, sich vollständig zu einer

Praxis und damit zu einem Unternehmen zusammen zu schließen. Die Teilgemeinschaftspraxis bietet die Möglichkeit, sich im Hinblick auf eine gemeinsame medizinische Zusammenarbeit in Form einer gemeinsamen Teil-Praxis zusammenzuschließen, ohne dass damit die bestehenden Praxen ihre Selbständigkeit verlieren.

Der Vorteil einer solchen Struktur kann beispielsweise darin bestehen, dass sich unterschiedliche Fachgebiete für die gemeinsame Diagnose und Therapie einer ausgesuchten Patientengruppe verbinden. Alle anderen Leistungen außerhalb dieses definierten Leistungsspektrum bleiben außen vor und werden nicht Bestandteil der gemeinsamen Praxis.

So kann beispielsweise ein Hausarzt mit Schwerpunkt Ernährungsmedizin sich sinnvoll mit einem Facharzt für Innere, Schwerpunkt Diabetologie zusammenschließen. Die Teilgemeinschaftspraxis erhält eine eigene Abrechnungsnummer und ist auch rechtlich und steuerlich eine separate Praxis.

Zu warnen ist jedoch vor Missbrauchsüberlegungen dieser Praxisstruktur, wie sie vielfach im Markt anzutreffen sind, da dies berufs- und vor allem steuerrechtliche Nachteile mit sich bringt. So ist darauf zu achten, dass jeder Partner einer Teilgemeinschaftspraxis eine eigene Leistung im Hinblick auf die gemeinsame Zweckrichtung bei Diagnose und Therapie erbringt. Als Grundsatz sollte immer überprüft werden, dass eigene abrechenbare Leistungen für die Teilgemeinschaftspraxis erbracht werden. Ist das nicht der Fall, und werden nur Patienten in die Partnerpraxis vermittelt ohne eigene Leistung und erhält der vermittelnde Arzt hieraus eine Gewinn- oder Umsatzbeteiligung des anderen Partners, ergeben sich hieraus zwei angreifbare Punkte:

1. es handelt sich dann um ein berufsrechtswidriges „Zuweisen gegen Entgelt“ und
2. aus der Perspektive des Finanzamtes handelt es sich um eine reine Provisionszahlung, da die eigene ärztliche Leistung fehlt. Daraus resultiert dann eine gewerbliche Tätigkeit, die Gewerbesteuer und Umsatzsteuer auslöst.

(Detaillierte Informationen unter www.aerztliche-teilgemeinschaftspraxis.de)

Reduktion der Zulassung auf eine Teilzulassung

Ein Arzt mit einem vollen Vertragsarztsitz ist weiterhin verpflichtet, diesen zugunsten der Sicherstellung des Versorgungsauftrages in Vollzeit auszuüben. Allerdings kann er nunmehr erstmalig diesen Versorgungsauftrag auf Antrag gegenüber dem Zulassungsausschuss „auf die Hälfte“ reduzieren. Diese Reduktion kann der Arzt ebenfalls auf Antrag dem Gesetz nach auch wieder rückgängig machen – allerdings stellen siech hier einige praktische Fragen, die gegen die reelle Möglichkeit der Umkehr sprechen.

Wichtig zu beachten ist, dass der Versorgungsauftrag – und damit auch die Leistungsmenge – nur auf die Hälfte und nicht einen anderen Anteil reduziert werden kann. Dies kann sowohl im Rahmen einer persönlichen Lebensplanung sinnvoll erscheinen, als auch unter Berücksichtigung des Sektorenaufbruches und der Möglichkeit hierdurch für Krankenhausärzte, gleichzeitig teilweise stationäre Leistungen sowie teilweise ambulante vertragsärztliche Leistungen erbringen zu können.

Der Schritt der Aufgabe der Hälfte des Versorgungsauftrages sollte allerdings wohl überlegt sein, denn es ist davon auszugehen, dass diese nunmehr frei werdende Hälfte der Zulassung in ein Nachbesetzungsverfahren gerät. Der Grund besteht darin, dass die KV ihren satzungsgemäßen Sicherstellungsauftrag wahrnehmen muss und eine frei werdende Zulassung nicht für den verzichtenden Arzt dauerhaft „reservieren“ kann, bis es sich dieser eventuell anders überlegt.

Es dürfte daher von selten praktischer Relevanz werden, dass ein Arzt, der in einem gesperrten Bezirk auf die Hälfte seiner Zulassung verzichtet hat, diese später wieder wird aufleben lassen können.

Denkbar ist jedoch, dass die Hälfte der Zulassung gezielt an einen anderen Arzt im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens übertragen werden kann und dass eine Beeinflussungsmöglichkeit des abgebenden Arztes erhalten bleibt. Insoweit erscheint es ratsam, sich zunächst auf eine volle Zulassung zu bewerben, auch wenn nur eine halbe Zulassung angestrebt wird.

Anstellung von weiteren (auch fachfremden) Vertragsärzten

Die ZV-Ärzte liberalisiert die Anstellung weiterer (auch fachfremder) Ärzte, überlässt zum gegenwärtigen Zeitpunkt allerdings die konkrete Ausgestaltung den Bundesmantelverträgen.

Dies betrifft insbesondere die Frage des zahlenmäßigen Umfangs der Beschäftigung angestellter Ärzte im Hinblick auf die Versorgungspflicht des anstellenden Vertragsarztes. Dabei wird wahrscheinlich der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung eine wichtige Rolle spielen, denn es ist davon auszugehen, dass mehr Ärzte in der eigenen Praxis angestellt werden dürfen, als wenn die Angestellten primär „Praxisfilialen“ betreiben, da dies unter Umständen die Leistungsmenge erheblich beeinflussen kann.

Bei der Anstellung in **nicht gesperrten Planungsbereichen** werden die angestellten Ärzte auf die Bedarfsplanung angerechnet. Die Praxis erhält damit eine Möglichkeit der Ausweitung der Leistungsmenge, da keine Leistungsbeschränkungen mit der Anstellung verbunden sind. Die Anstellung muss vom Zulassungsausschuss genehmigt werden. Mindestens halbtags beschäftigte Ärzte werden KV-Mitglieder.

In **gesperrten Planungsbereichen** gelten die Job-Sharing Regelungen weiterhin. Damit bleibt der bisherige Leistungsumfang der Praxis durch den hinzutretenden angestellten Arzt auf maximal 3% Erhöhung (der letzten 4 Quartale) begrenzt. Es besteht allerdings die Möglichkeit, dass die Zahl der Angestellten nicht mehr begrenzt ist.

Fazit:

Folgende Möglichkeiten können sofort umgesetzt werden:

- Einen Kollegen können Praxischefs ohne Probleme anstellen, wenn der in der Praxis am Zulassungsort arbeitet. Ist allerdings vorgesehen, dass der Angestellte in einer Zweigpraxis tätig werden soll, werden entsprechende Anträge noch nicht bearbeitet. Der Grund: Im Bundesmantelvertrag muss noch geregelt werden, wie der Praxischef seinen Präsenz- und Überwachungspflichten in Haupt- und Zweigpraxis nachkommen soll.
- Die kassenärztliche Zulassung von Ärzten, die älter als 55 Jahre sind, ist ohne weiteres möglich.
- Eine halbe Kassenzulassung kann sofort beantragt werden.
- In manchen Kassenärztlichen Vereinigungen ist es auch schon möglich, planungsbereichsübergreifende Gemeinschaftspraxen zu gründen. In Bayern zum Beispiel wurden solche Kooperationen auch schon in der Vergangenheit genehmigt

Folgende Möglichkeiten sind bisher noch nicht direkt umsetzbar:

- Wer mehr als einen Kollegen anstellen will, muss noch warten. Im BMV muss erst festgelegt werden, wie viele Kollegen ein Praxischef höchstens anstellen darf. In einem ersten Vertragsentwurf war die Anzahl auf zwei Ärzte beschränkt.
- Geklärt werden muss auch, wie viele Stunden Ärzte in ihrer Zweigpraxis arbeiten müssen und wann die Voraussetzungen für die Gründung einer Zweigpraxis erfüllt sind.
- Für Teilgemeinschaftspraxen ist festzulegen, ob sie wie Gemeinschaftspraxen einen Zuschlag zum Ordinationskomplex bekommen und wie für sie die Leistungskomplexe aussehen sollen.
- Auch die Modalitäten für KV-übergreifende Gemeinschaftspraxen sind zu verhandeln, ebenso für Zweigpraxen, die jenseits der Grenzen der Heimat-KV liegen.

Für Rückfragen zu den Änderungen wenden Sie sich bitte an VAendG@Kanzlei.MedizinRecht.de oder an folgende Adresse:

Prof. Dr. jur. Thomas Schlegel

Prof. Schlegel & Kollegen

Kanzlei für Medizinrecht, Frankfurt/Main

Hanauer Landstr. 328-330

60314 Frankfurt/Main

Tel: 069-43059-600

Fax: 069-43059-565

Thomas.Schlegel@MedizinRecht.de

www.Kanzlei.MedizinRecht.de

Susanne Herklotz, Regional Healthcare Manager, LifeScan