

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

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

A. Problem und Ziel

Der 107. Deutsche Ärztetag 2004 und der Deutsche Zahnärztetag 2004 haben das jeweilige Berufsrecht liberalisiert und flexibilisiert, indem die Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften erleichtert, die Tätigkeit an weiteren Orten erlaubt und die Zulässigkeit der Anstellung von (Zahn-)Ärzten in Vertrags(zahn)arztpraxen gelockert wird. Diese berufsrechtlichen Änderungen sind in das Vertrags(zahn)arztrecht zu transformieren, um die vertrags(zahn)ärztliche Berufsausübung effizienter und damit wettbewerbsfähiger zu gestalten.

Trotz einer bundesweit ausreichenden hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung besteht in einigen Regionen, insbesondere in den neuen Ländern, kurz- und mittelfristig die Gefahr von Versorgungsengpässen, zu deren Behebung die bisherigen Sicherstellungsinstrumente ergänzt werden müssen. Deshalb sind – neben den Maßnahmen zur vertragsärztlichen Flexibilisierung – weitere organisationsrechtliche Instrumente zur Abmilderung regionaler Versorgungsprobleme notwendig.

Bei der Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes hat sich gezeigt, dass Klarstellungsbedarf hinsichtlich der Voraussetzungen für die Gründung medizinischer Versorgungszentren besteht, der Einzug der Praxisgebühr teilweise auf Schwierigkeiten stößt und die Patientenbeteiligung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung nicht ausreichend verankert ist. Diese Umsetzungshemmnisse sind zu beseitigen.

Die Umsetzung der Regelungen zur Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems durch den Bewertungsausschuss ist bislang mit erheblichen zeitlichen Verzögerungen erfolgt, so dass der gesetzliche Reformzeitplan nicht mehr realisiert werden kann und anzupassen ist. Auch die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich ist auf Grund des zwischenzeitlichen Zeitablaufs nicht mehr zum gesetzlich vorgesehenen Zeitpunkt 1. Januar 2007 möglich.

Zur Förderung der integrierten Versorgung bedarf es einer Verlängerung der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführten Anschubfinanzierung.

B. Lösung

Auf der individuellen Vertragsarztebene enthält das Gesetz zahlreiche Erleichterungen der vertragsärztlichen Leistungserbringung, indem es insbesondere

- örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften zwischen allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern (auch den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung überschreitend) zulässt,
- die vertragsärztliche Tätigkeit an weiteren Orten (auch den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung überschreitend) erlaubt,
- die Anstellung von Ärzten ohne numerische Begrenzung und auch fachgebietsübergreifend zulässt,
- die Altersgrenze für den Zugang zur vertragsärztlichen Tätigkeit von 55 Jahren und die Altersgrenze für das Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit von 68 Jahren in unterversorgten Planungsbereichen aufhebt,

Auf der Landesebene wird den Aufsichtsbehörden und den Krankenkassen ermöglicht, noch wirksamer auf die Beseitigung von Versorgungslücken hinzuwirken, und zwar auch dann, wenn der (gesamte) Planungsbereich nicht unterversorgt ist.

Darüber hinaus wird die wirtschaftliche Situation der Heilberufe in den neuen Ländern dadurch verbessert, dass der Vergütungsabschlag bei der Honorierung der Privatbehandlung in den entsprechenden staatlichen Gebührenordnungen aufgehoben wird.

Die Schwierigkeiten bei der Gründung von medizinischen Versorgungszentren, bei der Eintreibung der Praxisgebühr sowie bei der Umsetzung der Patientenbeteiligung werden durch gesetzliche Klarstellungen beseitigt.

Die gesetzlichen Fristen zur Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems werden angepasst, indem der Start für die Erprobungsphase auf den 1. Januar 2008 und die Echteinführung auf den 1. Januar 2009 verschoben wird. Die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich wird ebenfalls auf den 1. Januar 2009 verschoben. Die Anschubfinanzierung bei der integrierten Versorgung wird um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2007 verlängert.

C. Alternativen

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen

Für Bund, Länder und Gemeinden entstehen als **Beihilfekostenträger** durch die Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung Mehraufwendungen von jährlich rd. **6,5 Mio. Euro**. Die Auswirkungen der Änderung des Sozialgerichtsgesetzes auf die öffentlichen Haushalte können nicht präzise vorausgesagt werden.

E. Sonstige Kosten

Der Erstattung weiterer Kosten der Patientinnenvertreterinnen und -vertreter in den Selbstverwaltungsgremien auf Bundes- und Landesebene belastet die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen insgesamt mit ca. 0,3 Mio. Euro. Gleichzeitig werden Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Krankenkassen durch die Erhöhung der nach den Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte zu entrichtenden **Gebühren** – in jedoch nicht quantifizierbarer Höhe – entlastet. Die Mehrausgaben der Krankenkassen für Leistungen der freiberuflich tätigen Hebammen im Beitrittsgebiet belaufen sich auf jährlich rd. 3,8 Mio. Euro.

Die Regelungen zur Flexibilisierung der vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen, zur Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Leistungserbringung durch medizinische Versorgungszentren sowie zur Schaffung organisationsrechtlicher Instrumente zur Abmilderung regionaler Versorgungsprobleme haben für die Krankenkassen keine kostenwirksamen Auswirkungen.

Insgesamt ergeben sich für die Krankenkassen damit keine beitragsatzrelevanten Mehrausgaben.

Durch die Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung erhöhen sich die Ausgaben der **privaten Krankenversicherung** um jährlich rund **15 Mio. Euro**. Im Übrigen entstehen für die Wirtschaft, insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen, keine zusätzlichen Kosten. Nennenswerte Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

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

Vom

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In § 43b Abs. 2 Satz 3 wird der Punkt am Ende des Satzes durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

"vielmehr haben die Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung die Einziehung der Zuzahlung zu übernehmen, wenn der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht zahlt."

2. In § 77 Abs. 3 werden nach den Wörtern "angestellten Ärzte" ein Komma und die Wörter "die bei Vertragsärzten nach § 95 Abs. 9 und Abs. 9a angestellten Ärzte" eingefügt.

3. In § 85 Abs. 4 Satz 6 werden nach dem Wort "Vertragsarztes" die Wörter "entsprechend seines Versorgungsauftrages nach § 95 Abs. 3 Satz 1" eingefügt.

4. § 85a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird die Angabe "1. Januar 2007" durch die Angabe "1. Januar 2009" ersetzt.
- b) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe "30. Juni 2005" durch die Angabe "30. Juni 2007" ersetzt.

5. § 85b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe "1. Januar 2007" durch die Angabe "1. Januar 2009" ersetzt.
- b) In Absatz 4 Satz 3 wird die Angabe "30. Juni 2005" durch die Angabe "30. Juni 2007" ersetzt.

6. § 85c wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden die Wörter "im Jahr 2006" durch die Wörter „in den Jahren 2006 und 2008" ersetzt.
- b) In Absatz 1 und 3 wird jeweils die Angabe "2006" durch die Angabe "2008" ersetzt.

7. § 85d wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift und in Satz 1 wird jeweils die Angabe "2007" durch die Angabe "2009" ersetzt.
- b) In den Sätzen 1 und 4 wird jeweils die Angabe "2006" durch die Angabe "2008" ersetzt.
- c) In Satz 2 wird die Angabe "31. Oktober 2006" durch die Angabe "31. Oktober 2008" ersetzt.

8. § 95 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird das Wort "fachübergreifende" gestrichen.



bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

"Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige verschiedener an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Berufe tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich."

b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort "Versorgung" die Wörter "im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages" eingefügt.

c) In Absatz 6 Satz 2 werden nach dem Wort "Halbsatz" die Wörter "länger als sechs Monate" eingefügt.



d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 7 werden die Wörter "mit Vollendung des 68. Lebensjahres" durch die Wörter "am Ende des Kalendervierteljahres, in dem diese ihr 68. Lebensjahr vollenden" ersetzt und nach dem Semikolon folgender Halbsatz eingefügt:

"Sätze 8 und 9 gelten entsprechend;"

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

"Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 Satz 1 festgestellt, dass in einem bestimmten Gebiet eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht, gilt Satz 3 nicht. Die Zulassung endet spätestens sechs Monate nach Aufhebung der Feststellung nach Satz 8."



e) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:

"(9) Der Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet

sind. Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sein müssen. Das Nähere zu der Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten bestimmen die Zulassungsverordnungen. Absatz 7 Satz 7 gilt entsprechend. "

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

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

9. § 98 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 10 werden nach dem Wort "Tätigkeit" die Wörter "sowie die nähere Bestimmung des zeitlichen Umfangs des Versorgungsauftrages aus der Zulassung" eingefügt:

b) In Nummer 12 werden nach dem Wort "soweit" die Wörter "die Zulassung oder" eingefügt.

c) In Nummer 13 wird das Wort "gemeinsam" durch die Wörter "an weiteren Orten" ersetzt.

d) Nach Nummer 13 wird folgende Nummer 13a eingefügt:

"13a. die Voraussetzungen, unter denen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam ausüben können,"

10. § 101 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 4 werden die Wörter "desselben Fachgebiets" durch die Wörter "derselben Facharztbezeichnung" ersetzt.

bbb) In Nummer 5 werden die Wörter "eines ganztags beschäftigten Arztes oder zweier halbtags beschäftigter Ärzte" durch die Wörter "von Ärzten" sowie die Wörter "desselben Fachgebiets" durch die Wörter "mit derselben Facharztbezeichnung in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind" ersetzt, das erste Semikolon durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz eingefügt:

"und Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist;"

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

"Sofern die Weiterbildungsordnungen mehrere Facharztbezeichnungen innerhalb desselben Fachgebiets vorsehen, bestimmen die Richtlinien nach Nummer 4 und 5 auch, welche Facharztbezeichnungen bei der gemeinschaftlichen Berufsausübung nach Nummer 4 und bei der Anstellung nach Nummer 5 vereinbar sind."

cc) In dem bisherigen Satz 6 werden die Wörter "einer Planungsregion" durch die Wörter "einem Planungsbereich" ersetzt und nach dem Wort "sind" die Wörter "Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag mit dem Faktor 0,5 sowie die bei einem Vertragsarzt nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Ärzte und" eingefügt.

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

"(3a) Die Leistungsbegrenzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 endet bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen. Endet die Leistungsbegrenzung, wird der angestellte Arzt bei der Ermittlung des Versorgungsgrades mitgerechnet."

12. Nach § 103 Abs. 4a wird folgender Absatz 4b eingefügt:

"(4b) Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um bei einem Vertragsarzt als nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellter Arzt tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen; eine Fortführung der Praxis nach Absatz 4 ist nicht möglich. Die Nachbesetzung der Stelle eines nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Arztes ist möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind."

13. Nach § 105 wird folgender § 105a eingefügt:

"§ 105a

Deckung zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs

Stellt die für die Kassenärztliche Vereinigung zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung der Landesverbände der Krankenkassen, der Verbände der Ersatzkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung fest, dass in **Teilgebieten eines Planungsbereichs** die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht gewährleistet ist, bestimmt sie den zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf und fordert die Kassenärztliche Vereinigung auf, alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um den zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu erfüllen. Gelingt es der Kassenärztlichen Vereinigung nicht, den zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf innerhalb einer von der Aufsichtsbehörde bestimmten Frist zu erfüllen, geht der **Sicherstellungsauftrag** nach entsprechender Feststellung der Aufsichtsbehörde insoweit auf die **Krankenkassen** und ihre Verbände über. § 72a Abs. 3 Satz 1 und 2 sowie § 72a Abs. 5 und 6 gelten entsprechend. Die nach § 83 zu entrichtenden Vergütungen verringern sich in Höhe der Summe der den Krankenkassen durch den Übergang des Sicherstellungsauftrages entstandenen notwendigen Aufwendungen.

14. Nach § 106a wird folgender § 106b eingefügt:

§ 106b

**Haftung für Verbindlichkeiten des medizinischen Versorgungszentrums
bei dessen Auflösung**

Für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegenüber einem medizinischen Versorgungszentrum in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts haften im Falle der Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums dessen frühere Gesellschafter gesamtschuldnerisch bezüglich des aus dem Vermögen des medizinischen Versorgungszentrums nicht befriedigten Anteils; dies gilt auch für Forderungen, deren Entstehungsgrund in der Zeit vor Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums liegt, die jedoch erst nach dessen Auflösung geltend gemacht werden können.

15. § 121a Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:

"2. Zugelassene medizinische Versorgungszentren,"

b) Die bisherigen Nummern 2 bis 4 werden Nummern 3 bis 5.

16. In § 140b Abs. 4 Satz 2 wird die Angabe "2006" durch die Angabe "2007" ersetzt.

17. § 140d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe "2006" durch die Angabe "2007" ersetzt.

bb) In Satz 5 wird das Wort "drei" durch das Wort "vier" ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe "2006" durch die Angabe "2007" ersetzt.

c) In Absatz 4 werden nach den Wörtern "Vergütung werden" die Wörter "bis zum 31. Dezember 2007 nur" eingefügt.

18. § 140f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

"Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung."

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe "Satz 3" durch die Angabe "Satz 1 Nr. 3" ersetzt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

"Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung."

c) In Absatz 4 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

"Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung."

d) In Absatz 5 Satz 1 werden hinter dem Wort "Reisekostenvergütung" ein Komma und die Wörter "Ersatz des Verdienstaufschlags in entsprechender Anwendung des § 41 Abs. 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung." eingefügt.

19. § 268 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2007“ durch die Angabe „2009“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesministerium für Gesundheit regelt bis zum 31. Dezember 2009 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats mit Wirkung zum 1. Januar 2009 das Nähere über die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1.“

bb) In Satz 4 wird die Angabe „2006“ durch die Angabe „2008“ ersetzt.

- c) In Absatz 3 Satz 13 werden nach dem Wort „Risikostrukturausgleichs“ die Wörter „sowie für seine weitere Entwicklung“ eingefügt.

20. Dem § 285 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

"Die nach Absatz 1 und 2 erhobenen Daten dürfen die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen sich **untereinander übermitteln**, soweit dies für Zwecke der Anwendung von ortsgebundenen Regelungen zur Sicherstellung, Vergütung und Abrechnung sowie zur Durchführung von Abrechnungs-, **Wirtschaftlichkeits-** und Qualitätsprüfungen der Leistungen von **überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften** der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erforderlich ist."

Artikel 2

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

In § 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Gesetz vom ... geändert worden ist, wird die Angabe "2007" durch die Angabe "2008" ersetzt.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

In § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e) des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Gesetz vom ... geändert worden ist, werden nach dem Wort "werden" die Wörter "oder ab dem Jahr 2008 Kosten für Leistungen, die im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden und noch im Ausgangswert enthalten sind" eingefügt.

Artikel 4

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

Das Sozialgerichtsgesetz vom 3. September 1953 (BGBl. I S. 1239) in der Fassung der Bekanntgabe vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 182a wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für von Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen geltend gemachte Zahlungsansprüche aus Zuzahlungspflichten der Versicherten gemäß § 28 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 43b Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

2. In § 192 Abs. 1 werden nach Satz 2 folgende Sätze eingefügt:

„Ist dem Verfahren ein Mahnverfahren nach § 182a Abs. 3 vorausgegangen und stellt das Gericht fest, dass die Einlegung des Widerspruchs gegen den Mahnbescheid oder die Einlegung des Einspruchs gegen den Vollstreckungsbescheid durch den Versicherten missbräuchlich war, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass es dem Versicherten die Kosten aufzuerlegen hat, die durch dessen missbräuchliches Verhalten verursacht werden. § 184 Abs. 1 Satz 3 findet entsprechende Anwendung. Die Gebührenpflicht der Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung nach § 184 entfällt in diesem Fall.“

Artikel 5

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

"(3) Diese Verordnung gilt für

1. die Psychotherapeuten und die dort angestellten Psychotherapeuten,
2. die **medizinischen Versorgungszentren** und die dort angestellten Ärzte und Psychotherapeuten sowie
3. die bei Vertragsärzten angestellten Ärzte und Psychotherapeuten

entsprechend.

2. In § 12 Abs. 3 Satz 1 werden die Wörter "Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen" durch die Wörter "Gemeinsamen Bundesausschusses" ersetzt.

3. § 18 Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Buchstabe a) werden die Wörter "Gebiets-, Teilgebiets-" durch die Wörter **"Facharzt-, Schwerpunkt-"** ersetzt.

- b) In Buchstabe b) wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

- c) Es wird folgender Buchstabe c) angefügt:

"c) gegebenenfalls eine Erklärung nach § 19a Abs. 2 Satz 1, mit der der aus der Zulassung folgende **Versorgungsauftrag auf die Hälfte** beschränkt wird."

4. In der Überschrift des VI. Abschnitts wird das Wort "Kassenarztsitz" durch das Wort "Vertragsarztsitz" ersetzt.

5. Nach § 19 wird folgender § 19a eingefügt:

"§ 19a

(1) Die Zulassung verpflichtet den Arzt, die vertragsärztliche Tätigkeit **vollzeitig** auszuüben.

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


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

6. Dem § 20 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

"Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar."

7. § 24 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird durch folgende Absätze 3 bis 5 ersetzt:

"(3) **Weitere vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes** an  weiteren Orten sind **zulässig**, wenn und soweit

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

Sofern die weiteren Orte im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung liegen, in der der Vertragsarzt Mitglied ist, hat er die Tätigkeiten seiner Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen. Sofern die weiteren Orte außerhalb des Bezirks seiner Kassenärztlichen Vereinigung liegen, hat der Vertragsarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf Ermächtigung durch

den Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er die Tätigkeit aufnehmen will. Der Vertragsarzt hat die Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in der er Mitglied ist, anzuzeigen. § 31 Abs. 9 gilt nicht. Der nach Satz 3 ermächtigte Vertragsarzt kann die für die Tätigkeit an seinem Vertragsarztsitz nach § 95 Abs. 9 SGB V angestellten Ärzte auch im Rahmen seiner Tätigkeit an dem weiteren Ort beschäftigen. Er kann außerdem Ärzte für seine Tätigkeit an dem weiteren Ort nach Maßgabe der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragsarzt gelten würden, wenn er an dem weiteren Ort zugelassen wäre. Keiner Anzeige bedarf die Tätigkeit eines Vertragsarztes an den anderen Vertragsarztsitzen einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft nach § 33 Abs. 2, deren Mitglied er ist.


(4) Erbringt der Vertragsarzt spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz (ausgelagerte Praxisräume), hat er Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit seiner Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen.

(5) Ein Vertragsarzt darf die Facharztbezeichnung, mit der er zugelassen ist, nur mit vorheriger Genehmigung des Zulassungsausschusses wechseln."

b) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 6.

8. Dem § 25 wird folgender Satz angefügt:

"Satz 1 gilt nicht, wenn

1. dies zur Beseitigung einer vom Landesausschuss nach § 16 Abs. 2 festgestellten Unterversorgung erforderlich ist und
2. Ärzte in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder bei Vertragsärzten nach § 95 Abs. 9 und 9a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angestellt werden." 

9. In der Überschrift des IX. Abschnitts wird das Wort "Gemeinschaftspraxis" durch das Wort "Berufsausübungsgemeinschaft" ersetzt.

10. § 32b Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

"(1) Der Vertragsarzt kann Ärzte nach Maßgabe des § 95 Abs. 9 und 9a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anstellen."

11. § 33 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 wird der den Satz abschließende Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

"dies gilt nicht für medizinische Versorgungszentren."

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

"(2) Die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist zulässig unter allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern an einem gemeinsamen Vertragsarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft). Sie ist auch zulässig unter Beibehaltung der Vertragsarztsitze der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft); die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft kann die vertragsärztliche Versorgung durch jedes ihrer Mitglieder und jedes ihrer angestellten Ärzte mit der erforderlichen Qualifikation sicherstellen. Die gemeinsame Berufsausübung bezogen auf einzelne Leistungen ist zulässig, sofern diese Berufsausübungsgemeinschaft nicht zur Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen mit überweisungsberechtigten Leistungserbringern gebildet wird. Die Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Für überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragsarztsitzen in mehreren Zulassungsbezirken einer Kassenärztlichen Vereinigung wird der zuständige Zulassungsausschuss durch Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestimmt. Hat eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen, so hat sie den Vertragsarztsitz zu wählen, der maßgeblich ist für die Genehmigungsentscheidung sowie für die auf die gesamte Leistungserbringung dieser überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen, insbesondere zur Vergütung, zur

Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen. Die Wahl hat jeweils für einen Zeitraum von mindestens einem Jahr unwiderruflich zu erfolgen.

12. § 36 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 angefügt:

"(2) In den Fällen des § 140f Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sind die Patientenvertreterinnen und -vertreter unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen unter Angabe der Tagesordnung zu laden."

13. Dem § 40 wird folgender Satz angefügt:

"In den Fällen des § 140f Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch können die Patientenvertreterinnen und -vertreter sachdienliche Fragen stellen."

14. Dem § 41 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch haben die Patientenvertreterinnen und -vertreter ein Recht auf Anwesenheit bei der Beratung und Beschlussfassung."

15. In § 44 werden die Wörter "mit Angabe von Gründen" gestrichen.

16. § 46 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Buchstabe a) und b) werden jeweils die Zahl "25" durch die Zahl "100"

- bb) In Buchstabe c) wird die Zahl "30" durch die Zahl "120" ersetzt.
- cc) Buchstabe d) wird wie folgt gefasst:
 - "d) bei Einlegung eines **Widerspruchs**, durch den der Arzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige ärztlich geleitete Einrichtung die Änderung eines Verwaltungsaktes anstrebt **200 Euro.**"
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Buchstabe a) und b) wird jeweils die Zahl "100" durch die Zahl **"400"** ersetzt.
 - bb) In Buchstabe c) wird die Angabe "§ 97" gestrichen, nach dem Wort "Arztes" die Wörter "bei einem Vertragsarzt," eingefügt und die Zahl "100" durch die Zahl "400" ersetzt.
 - cc) In Buchstabe d) wird die Zahl "100" durch die Zahl "400" ersetzt.

Artikel 6

Änderung Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 3 werden nach dem Wort "dort" die Wörter "und bei Vertragszahnärzten" eingefügt.
2. In § 12 Abs. 3 Satz 1 werden die Wörter "Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen" durch die Wörter "Gemeinsamen Bundesausschusses" ersetzt.

3. In § 18 Abs. 1 Satz 3 wird in Buchstabe b) der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe c) angefügt:

"c) gegebenenfalls eine Erklärung nach § 19a Abs. 2 Satz 1, mit der der aus der Zulassung folgende Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränkt wird."

4. In der Überschrift des VI. Abschnitts wird das Wort "Kassenzahnarztsitz" durch das Wort "Vertragszahnarztsitz" ersetzt.

5. Nach § 19 wird folgender § 19a eingefügt:

"§ 19a

(1) Die Zulassung verpflichtet den Zahnarzt, die vertragszahnärztliche Tätigkeit **vollzeitig** auszuüben.

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

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

6. Dem § 20 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

"Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Tätigkeit des Vertragszahnarztes vereinbar."



7. § 24 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird durch folgende Absätze 3 bis 5 ersetzt:

"(3) Weitere vertragszahnärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragszahnarztsitzes an weiteren Orten sind zulässig, wenn und soweit

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

Sofern die weiteren Orte im Bezirk der Kassenzahnärztlichen Vereinigung liegen, in der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, hat er die Tätigkeiten seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen. Sofern die weiteren Orte außerhalb des Bezirks seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung liegen, hat der Vertragszahnarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk er die Tätigkeit aufnehmen will. Der Vertragszahnarzt hat die Ermächtigung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, in der er Mitglied ist, anzuzeigen. § 31 Abs. 9 gilt nicht. Der nach Satz 3 ermächtigte Vertragszahnarzt kann die für die Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz nach § 95 Abs. 9 SGB V angestellten Zahnärzte auch im Rahmen seiner Tätigkeit an dem weiteren Ort beschäftigen. Er kann außerdem Zahnärzte für seine Tätigkeit an dem weiteren Ort nach Maßgabe der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragszahnarzt gelten würden, wenn er an dem weiteren Ort zugelassen wäre. Keiner Anzeige bedarf die Tätigkeit eines Vertragszahnarztes an den anderen Vertragszahnarztsitzen einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft nach § 33 Abs. 2, deren Mitglied er ist.

(4) Erbringt der Vertragszahnarzt spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragszahnarztsitz (ausgelagerte Praxisräume) hat er Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen.

(5) Ein Vertragszahnarzt darf die Gebietsbezeichnung, unter welcher er zugelassen ist, nur mit vorheriger Genehmigung des Zulassungsausschusses wechseln."

b) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 6.

8. Dem § 25 wird folgender Satz angefügt:

"Satz 1 gilt nicht, wenn

1. dies zur Beseitigung einer vom Landesausschuss nach § 16 Abs. 2 festgestellten Unterversorgung erforderlich ist und
2. für angestellte Zahnärzte in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie für die bei Vertragszahnärzten nach § 95 Abs. 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angestellten Zahnärzte."

9. In der Überschrift des IX. Abschnitts wird das Wort "Gemeinschaftspraxis" durch das Wort "Berufsausübungsgemeinschaft" ersetzt.

10. § 32b Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

"(1) Der Vertragszahnarzt kann Zahnärzte nach Maßgabe des § 95 Abs. 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anstellen."

11. § 33 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 wird der den Satz abschließende Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

"dies gilt nicht für medizinische Versorgungszentren."

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

"(2) Die gemeinsame Ausübung vertragszahnärztlicher Tätigkeit ist zulässig unter allen zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern an einem gemeinsamen Vertragszahnarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft). Sie ist auch zulässig unter Beibehaltung der Vertragszahnarztsitze der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft); die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft kann die vertragszahnärztliche Versorgung durch

jedes ihrer Mitglieder und jedes ihrer angestellten Zahnärzte mit der erforderlichen Qualifikation sicherstellen. Die gemeinsame Berufsausübung bezogen auf einzelne Leistungen ist zulässig, sofern diese Berufsausübungsgemeinschaft nicht zur Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen mit überweisungsberechtigten Leistungserbringern gebildet wird. Die Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Für überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragszahnarztsitzen in mehreren Zulassungsbezirken einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung wird der zuständige Zulassungsausschuss durch Vereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestimmt. Hat eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft Mitglieder in mehreren Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, so hat sie den Vertragszahnarztsitz zu wählen, der maßgeblich ist für die Genehmigungsentscheidung sowie für die auf die gesamte Leistungserbringung dieser überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen, insbesondere zur Vergütung, zur Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen. Die Wahl hat jeweils für einen Zeitraum von mindestens einem Jahr unwiderruflich zu erfolgen.

12. § 36 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 angefügt:

"(2) In den Fällen des § 140f Abs.3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sind die Patientenvertreterinnen und -vertreter unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen unter Angabe der Tagesordnung zu laden."

13. Dem § 40 wird folgender Satz angefügt:

"In den Fällen des § 140f Abs.3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch können die Patientenvertreterinnen und -vertreter sachdienliche Fragen stellen."

14. Dem § 41 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"In den Fällen des § 140f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch haben die Patientenvertreterinnen und -vertreter ein Recht auf Anwesenheit bei der Beratung und Beschlussfassung."

15. In § 44 werden die Wörter "mit Angabe von Gründen" gestrichen.

16. § 46 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Buchstabe a) und b) werden jeweils die Zahl "25" durch die Zahl "100"

- bb) In Buchstabe c) wird die Zahl "30" durch die Zahl "120" ersetzt.

- cc) Buchstabe d) wird wie folgt gefasst:

"d) bei Einlegung eines Widerspruchs, durch den der Zahnarzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige zahn-ärztlich geleitete Einrichtung die Änderung eines Verwaltungsaktes anstrebt 200 Euro."

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Buchstabe a) und b) wird jeweils die Zahl "100" durch die Zahl "400" ersetzt.

- bb) In Buchstabe c) werden nach dem Wort "Zahnarztes" die Wörter "bei einem Vertragszahnarzt oder" eingefügt und die Zahl "100" durch die Zahl "400" ersetzt.

- cc) In Buchstabe d) wird die Zahl "100" durch die Zahl "400" ersetzt.

Artikel 7

Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung

Die Sechste Verordnung zur Anpassung der Höhe der Vergütungen nach der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte sowie nach der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet (Sechste Gebührenanpassungsverordnung - 6. GebAV) vom 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721) wird aufgehoben.

Artikel 8

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

A. Allgemeiner Teil

I. Ziel und Handlungsbedarf

1. Transformation berufsrechtlicher Änderungen ins Vertrags(zahn)arztrecht

Der 107. Deutsche Ärztetag 2004 in Bremen und der Deutsche Zahnärztetag 2004 in Frankfurt/Main haben als Reaktion auf die in den letzten Gesundheitsreformgesetzen eingeleitete Flexibilisierung der ambulanten Versorgungsstrukturen (Einführung der integrierten Versorgung und insbesondere des im GKV-Modernisierungsgesetz geschaffenen neuen vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringers "medizinisches Versorgungszentrum") Lockerungen der bisherigen berufsrechtlichen Begrenzungen ärztlicher und zahnärztlicher Berufsausübung beschlossen.

Um diese durch die neuen (Muster-)Berufsordnungen geschaffenen Spielräume für die Berufsausübung der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte im vertrags(zahn)ärztlichen Alltag wirksam werden zu lassen, müssen die entsprechenden Regelungen des Vertrags(zahn)arztrechts im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und in den Zulassungsverordnungen mit gleichgerichteter Zielrichtung fortentwickelt werden. Diese Regelungen sind zugleich ein Beitrag zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

2. Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Leistungserbringung durch medizinische Versorgungszentren

Es hat sich bei der Umsetzung der im GKV-Modernisierungsgesetz getroffenen Neuregelung der medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gezeigt, dass bei potentiellen Gründern von MVZ und bei Zulassungsausschüssen Klarstellungsbedarf insbesondere darüber besteht,

- wann eine fachübergreifende Leistungserbringung vorliegt und
- ob Ärzte gleichzeitig in einem MVZ und einem Krankenhaus in einem Anstellungsverhältnis tätig sein können.

Um den Status der MVZ als Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung gesetzgeberisch weiter zu festigen, bedarf es deshalb entsprechender klarstellender Regelungen. Darüber hinaus werden bezogen auf MVZ in der Rechtsform der juristischen Person Regelungen getroffen, die die Haftungsfrage bei Auflösung des MVZ lösen.

3. Organisationsrechtliche Instrumente zur Abmilderung regionaler Versorgungsprobleme

Obwohl sowohl die hausärztliche als auch die fachärztliche Versorgung in der Bundesrepublik bei globaler Betrachtung nicht gefährdet ist, zeichnet sich in den letzten Jahren immer deutlicher ab, dass insbesondere in den neuen Ländern in bestimmten Regionen (Planungsbereichen) oder Teilen kurz- und mittelfristig die Gefahr regionaler Versorgungslücken besteht, zu deren Behebung die bisherigen Instrumente des Vertragsarztrechts (Sicherstellungsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung, von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen gemeinsam finanzierte Sicherstellungszuschläge in unterversorgten Planungsbereichen) ergänzt werden müssen. Deshalb sind neben der unter Nummer 1 aufgeführten Flexibilisierung und Liberalisierung der vertragsärztlichen Berufsausübung sowohl auf der individuellen Arzzebene zielgebundene Erleichterungen notwendig (z.B. Aussetzen der 68-Altersgrenze, Zweigpraxen) als auch Maßnahmen auf der Landesebene (Schließung von Sicherstellungslücken durch Einzelverträge der Krankenkassen).

4. Sonstige Maßnahmen zur Verbesserung der Umsetzung von mit dem GKV-Modernisierungsgesetz getroffener Regelungen

- Obwohl die Einführung der so genannten Praxisgebühr insgesamt als Erfolg gewertet werden kann, treten vereinzelt Probleme beim Einzug dieser Zuzahlung ein, wenn der Versicherte sie nicht entsprechend § 43b Abs. 2 Satz 1 SGB V an den von ihm in Anspruch genommenen Leistungserbringer gezahlt hat. Insoweit bedarf es ergänzender Regelungen, die den Einzug der Praxisgebühr in solchen Fällen verbessern.
- Zum Umfang des Mitberatungsrechts der Patientenvertreterinnen und -vertreter in den Selbstverwaltungsgremien auf Bundes- und Landesebene werden in der Praxis unterschiedliche Rechtsauffassungen vertreten. Hier bedarf es einer entsprechenden Klarstellung, die ein einheitliches Verfahren sicherstellt. Zudem soll die Finanzierung der Patientenbeteiligung verbessert werden, da die Beteiligung in den Gremien für die

benannten sachkundigen Personen mit erheblichen Aufwand verbunden ist, der nicht allein – wie bisher vorgesehen – durch die Erstattung von Reisekosten aufgefangen werden kann.

5. Verschiebung des Zeitpunkts für die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich

Auf Grund des zwischenzeitlichen Zeitablaufs ist eine Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich nicht mehr zu dem gesetzlich vorgesehenen Zeitpunkt 1. Januar 2007 (vgl. § 268 Abs. 1 SGB V) möglich. Daher ist eine Verschiebung des Einführungstermins erforderlich.

6. Verschiebung der GMG-Regelungen zur Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems (§§ 85a bis 85d SGB V)

Die durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14. November 2003 in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eingeführten Regelungen der §§ 85a bis 85d SGB V sehen die Ablösung der gegenwärtigen vertragsärztlichen Gesamtvergütung nach § 85 SGB V durch Vergütungsvereinbarungen, die den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf (Leistungsmenge) zur Grundlage haben, für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2007 vor.

Die Umsetzung der Regelungen zur Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems, die maßgeblich durch Beschlüsse des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gebildeten Bewertungsausschusses vorzubereiten ist, ist bislang mit erheblichen zeitlichen Verzögerungen erfolgt. Grund für die eingetretenen Verzögerungen waren u.a. die Komplexität der Regelungen sowie Interessenkonflikte zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft und innerhalb der Krankenkassen bzw. der Ärzteschaft. Der im GMG vorgesehene Reformzeitplan kann daher nicht eingehalten werden kann und muss entsprechend angepasst werden.

Ebenso bedarf es auch einer Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung. Denn die Entwicklung in der Vergangenheit hat gezeigt, dass zur Förderung der integrierten Versorgung vereinfachte Regelungen zu deren Finanzierung erforderlich sind.

Komplizierte Vorschriften zur Bereinigung der Gesamtvergütung würden den Aufbau integrierter Versorgungssysteme hingegen massiv behindern.

II. Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes

1. Vertragsarztrechtliche Regelungen zur Liberalisierung der ärztlichen Berufsausübung

Die neue (Muster-)Berufsordnung Ärzte (MBO-Ä) erfüllt derzeit die ihr zugedachte Funktion, durch Empfehlung an die Ärztekammern als Normgeber der Berufsordnungen eine Simultannormgebung auf dem Gebiet des allgemeinen Berufsrechts zu gewährleisten, nicht in ausreichendem Maße; in zahlreichen Ärztekammern besteht noch Uneinigkeit, insbesondere über die Umsetzung des neuen § 19 Abs. 2 MBO-Ä, der die Anstellung fachgebietsfremder Ärzte vorsieht. Deshalb ist es zur Transformation von Regelungen der MBO-Ä ins Vertragsarztrecht nicht zweckmäßig, wie bisher in Form einer dynamischen Verweisung auf "landesrechtliche Vorschriften über die ärztliche Berufsausübung" zu verweisen (vgl. § 33 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) zur Gemeinschaftspraxis und ähnlich § 15a Abs. 2 der Bundesmantelverträge für die vertragsärztliche Versorgung zur ausgelagerten Praxisstätte). Die entsprechenden Tatbestände werden daher zwar – grundsätzlich – inhaltlich gleichlautend, aber eigenständig ausformuliert. Darüber hinaus ist es zur Herstellung effizienter und auch medizinisch sinnvoller Versorgungsstrukturen in einigen Bereichen notwendig, im Vertragsarztrecht über die im ärztlichen Berufsrecht erfolgte Liberalisierung hinaus zu gehen. So wird z.B. die Tätigkeit eines niedergelassenen Arztes an mehr als zwei weiteren Orten, die Anstellung fachgebietsfremder Ärzte ohne Verknüpfung mit einem nur gemeinsam durchzuführenden Behandlungsauftrag, die Möglichkeit, Berufsausübungsgemeinschaften nicht nur mit anderen ärztlichen, sondern auch anderen heilkundlichen Leistungserbringern einzugehen, zugelassen.

Das Gesetz sieht folgende organisationsrechtliche Erleichterungen der Leistungserbringung durch Vertragsärzte und Vertragsärztinnen vor:

- Die Möglichkeiten der Vertragsärzte, Ärzte anzustellen, werden erweitert. Derzeit können die Vertragsärzte einen ganztags beschäftigten Arzt oder zwei halbtags beschäftigte Ärzte desselben Fachgebiets anstellen, wobei die Vertragsärzte sich gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten müssen, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet. Künftig können sie ohne

Begrenzung Ärzte auch mit anderen Facharztbezeichnungen sowie mit individueller Arbeitszeitgestaltung anstellen, sofern Zulassungsbeschränkungen nicht entgegenstehen. Die angestellten Ärzte werden Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigungen.

- Vertragsärzte können gleichzeitig auch als angestellter Arzt in einem Krankenhaus arbeiten. Eine gleichzeitige Tätigkeit im Krankenhaus bewirkt keine Ungeeignetheit für die vertragsärztliche Tätigkeit in Sinne von § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV.
- Vertragsärzte dürfen außerhalb ihres Vertragsarztsitzes an weiteren Orten (auch außerhalb ihres KV-Bezirks) vertragsärztlich tätig sein – auch mit Unterstützung von hierfür angestellten Ärzten – wenn und soweit dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.
- Die vertragsärztlichen Leistungserbringer können örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften bilden, und zwar über die Bezirksgrenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung hinweg. Sie können die gemeinsame Erbringung auf einzelne Leistungen beschränken, soweit es sich nicht um die fachgebietsüberschreitende Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen handelt (z.B. Labor, Nuklearmedizin, Radiologie).
- Da der sich aus der Zulassung ergebende Versorgungsauftrag eines Vertrags(zahn)arztes oder Vertragspsychotherapeuten von einer vollzeitigen Tätigkeit ausgeht, soll zur Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten (insbesondere auch für (Zahn)Ärztinnen und Psychotherapeutinnen) sowie zur besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen die Möglichkeit vorgesehen werden, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer hauptberuflichen Tätigkeit beschränken zu können (sog. Teilzulassung).
- Der im SGB V noch vorgesehene Auftrag an den Gesetzgeber, Verhältniszahlen für die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung festzulegen und damit die Bedarfsplanung zu verschärfen, wird ersatzlos gestrichen (§ 102 SGB V).

2. Vertragsärztliche Regelungen bezüglich der Organisation von medizinischen Versorgungszentren

- Auf das Merkmal "fachübergreifend" als Errichtungsvoraussetzung wird verzichtet, da dies in der Vergangenheit medizinisch unsinnige Kombinationen provoziert hat.
- In einem Krankenhaus angestellte Ärzte dürfen gleichzeitig in einem medizinischen Versorgungszentrum arbeiten. Eine gleichzeitige Tätigkeit im Krankenhaus bewirkt keine Ungeeignetheit für die vertragsärztliche Tätigkeit in einem medizinischen Versorgungszentrum in Sinne von § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV.
- Sofern das medizinische Versorgungszentrum als juristische Person betrieben wird, haften seine Gesellschafter bei Auflösung für die nicht aus dem Liquidationsvermögen getilgten Verbindlichkeiten gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen.

3. Vertragsärztliche Regelungen zur Abmilderung von regionalen Versorgungsproblemen

- Auf der Ebene des einzelnen Arztes sieht der Entwurf – neben den Regelungen zur Flexibilisierung – folgende spezielle gesetzliche Lockerungen bei Versorgungsdefiziten vor:
 - Die derzeit bestehende Altersgrenze von 55 Jahren für die Erstzulassung von Vertragsärzten wird aufgehoben in Planungsbereichen, für die der Landesausschuss eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat.
 - Die Altersgrenze für das gesetzliche Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie der Tätigkeit von angestellten Ärzten in MVZ und Vertragsarztpraxen – derzeit 68 Jahre – wird bei Unterversorgungsfeststellung durch den Landesausschuss gesetzlich hinausgeschoben, bis der Landesausschuss die Unterversorgungsfeststellung wieder aufgehoben hat.
 - Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird aufgegeben, in Richtlinien zu regeln, in welcher Höhe bei der Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen in überversorgten Gebieten wegen eines lokalen Versorgungsbedarfs Ausnahmen von der an sich bei einer Anstellung in überversorgten Gebieten bestehenden Leistungsbegrenzung (Überschreitungs-volumen von 3 v.H. bezogen auf den Fachgruppenschnitt des Vorjahresquartals) gemacht werden können.
- Auf der Landesebene wird der Aufsichtsbehörde die Möglichkeit eingeräumt, – unabhängig von einer Unterversorgungsfeststellung durch den Landesausschuss – zur Beseitigung der

von ihr festgestellten Versorgungslücken nach erfolgloser Abmahnung der Kassenärztlichen Vereinigung den Sicherstellungsauftrag insoweit auf die Krankenkassen zu übertragen. Die Krankenkassen haben durch Abschluss von Einzelverträgen die Versorgungslücken zu schließen; die ihnen dadurch entstehenden notwendigen Kosten sind der Kassenärztlichen Vereinigung in Rechnung zu stellen.

- Zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation von Ärzten, Zahnärzten und Hebammen in den neuen Ländern wird der dort immer noch geltende Vergütungsabschlag für privat(zahn)-ärztliche Leistungen sowie für Leistungen freiberuflicher Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe der GKV aufgehoben.

4. Sonstige die vertragsärztliche Versorgung verbessernde gesetzliche Regelungen

- Vertragsärzte und MVZ können zukünftig auch in für Einstellung von Ärzten wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereichen Hochschullehrer für Allgemeinmedizin anstellen, damit deren Lehrkompetenz durch Praxiserfahrung gestärkt wird.
- Es wird klargestellt, dass das im GKV-Modernisierungsgesetz zur Sicherung der Patientenbeteiligung eingeführte Mitberatungsrecht der Patienten in den Selbstverwaltungsgremien auf Bundes- und Landesebene das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung umfasst. Außerdem wird die finanzielle Absicherung der Patientenbeteiligung in den Selbstverwaltungsgremien durch die Einführung einer Aufwandsentschädigung verbessert.
- Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wird die Möglichkeit eingeräumt, den Anspruch auf die Praxisgebühr nach den Vorschriften der Zivilprozessordnung im Mahnverfahren vor dem Amtsgericht geltend zu machen. Zudem werden dem Versicherten nach der Verschuldensregelung des § 192 SGG Gerichtskosten auferlegt, wenn er das Verfahren ohne triftige Gründe, d.h. missbräuchlich, fortführt.

5. Verschiebung des Zeitpunkts für die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich

Der Zeitpunkt für die Einführung der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wird auf den 1. Januar 2009 verschoben und die Ausgestaltung der Verordnungsermächtigung entsprechend angepasst.

6. Verschiebung der GMG-Regelungen zur Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems (§§ 85a bis 85d SGB V)

Der Start für die Erprobungsphase des neuen morbiditätsorientierten Vergütungssystems sowie die Echteinführung des Vergütungssystems wird jeweils um zwei Jahre verschoben. Der Start der Erprobungsphase wird somit nunmehr zum 1. Januar 2008, die Echteinführung des Vergütungssystems zum 1. Januar 2009 erfolgen. Entsprechend erhält der Bewertungsausschuss für die Vorbereitung der komplexen Beschlüsse zur Umsetzung der Vergütungsreform Zeit bis zum 30. Juni 2007.

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

III. Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die vorgesehenen Maßnahmen ergibt sich aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 1, 11, 12 GG.

Der Bund hat nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung. Die vorliegenden Neuregelungen dienen insbesondere der Weiterentwicklung des bestehenden Vertragsarztrechts, das Bestandteil des im Fünften Buch Sozialgesetzbuch geregelten Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Die Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die entsprechenden Annexregelungen in den Folgeartikeln betreffen damit keinen erstmals in Angriff genommenen Gesetzgebungsgegenstand. Er kann nicht ohne erhebliche substantielle Einbußen für die bundesstaatliche Rechtseinheit ganz oder teilweise in die unterschiedlich gehandhabte Gesetzgebungskompetenz der Länder gegeben werden. Eine bundesgesetzliche Regelung im Sinne von Artikel 72 Abs. 2 GG ist daher zur Wahrung der Rechtseinheit erforderlich.

Dabei geht es nicht um die Bewahrung der formalen Rechtseinheit als solche. Vielmehr verlangt das besondere bundesstaatliche Integrationsinteresse eine einheitliche bundesrechtliche Regelung.

Wird die Notwendigkeit des Fortbestandes des gegenwärtig bundeseinheitlich geregelten Vertragsarztrechts bejaht, ergibt sich daraus zwangsläufig, dass dieses System unter einheitlichen Vorgaben fortzuentwickeln ist, auf neue Herausforderungen einheitlich eingestellt und der Änderung in den sozio-ökonomischen Verhältnissen einheitlich angepasst werden muss.

Die vorgesehenen gesetzlichen Regelungen tragen dem Rechnung. Sie betreffen die Effektivierung der Organisationsstrukturen der vertragsärztlichen Leistungserbringung mit dem Ziel, die ärztliche Versorgung der Versicherten bedarfsgerechter und wirtschaftlicher zu organisieren. Sie rechtfertigen sich deshalb aufgrund der selbständigen Bedeutung der Sozialversicherung (vgl. auch Beschluss des BVerfG vom 17. Juni 1999 - 1 BvR 2507/97 - Hausarzt-/Facharzettrennung).

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass der in diesem Gesetz gewählte Weg, ausnahmslos eigenständige vertragsarztrechtliche (bundesrechtliche) Anforderungen an die Organisation der Leistungserbringung aufzustellen und nicht wie bisher berufsrechtliche Anforderungen in der Weise in das Vertragsarztrecht zu inkorporieren, indem in Form einer dynamischen Verweisung auf landesrechtliche Vorschriften über die ärztliche Berufsausübung Bezug genommen wird (vgl. § 33 Abs. 2 Satz 4 Ärzte-ZV), auch deshalb sinnvoll ist, weil die einschlägigen berufsrechtlichen Regelungen in den Berufsordnungen der Ärztekammern noch nicht oder nicht ausnahmslos der neuen (Muster-)Berufsordnung angepasst worden sind.

Die Gesetzgebungskompetenz hinsichtlich der mit Artikel 4 vorgenommenen Änderung des Sozialgerichtsgesetzes ergibt sich aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 1 GG. Geregelt wird ausschließlich das gerichtliche Verfahren.

Soweit die Regelung des Artikel 6 die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sowie die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten betrifft, hat der Bund nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11 GG die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für das Recht der Wirtschaft. Für die von der Regelung des Artikel 8 ebenfalls betroffene Hebammenhilfe-Gebührenverordnung hat der Bund nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung. Eine bundesgesetzliche Regelung im Sinne von Artikel 72 Abs. 2 GG ist zur

Wahrung der Rechtseinheit im Hinblick auf sämtliche der vorgenannten Gebührenordnungen erforderlich, da das besondere bundesstaatliche Integrationsinteresse auch insoweit eine einheitliche bundesrechtliche Regelung verlangt, die durch Artikel 6 erreicht wird.

IV. Gesetzesfolgen, Befristung

1. Finanzielle Auswirkungen

Für Bund, Länder und Gemeinden entstehen als Beihilfekostenträger durch die Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung Mehraufwendungen von jährlich rd. 6,5 Mio. Euro. Die Auswirkungen der Änderung des Sozialgerichtsgesetzes auf die öffentlichen Haushalte können nicht präzise vorausgesagt werden.

2. Kosten und Preiswirkungen

Der Erstattung weiterer Kosten der Patientinnenvertreterinnen und -vertreter in den Selbstverwaltungsgremien auf Bundes- und Landesebene belastet die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen insgesamt mit ca. 0,3 Mio. Euro. Gleichzeitig werden Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Krankenkassen durch die Erhöhung der nach den Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte zu entrichtenden Gebühren – in jedoch nicht quantifizierbarer Höhe – entlastet. Die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen der freiberuflich tätigen Hebammen im Beitrittsgebiet belaufen sich auf jährlich rd. 3,8 Mio. Euro.

Die Regelungen zur Flexibilisierung der vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen, zur Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Leistungserbringung durch medizinische Versorgungszentren sowie zur Schaffung organisationsrechtlicher Instrumente zur Abmilderung regionaler Versorgungsprobleme haben für die Krankenkassen keine kostenwirksamen Auswirkungen.

Insgesamt ergeben sich für die gesetzlichen Krankenkassen damit keine beitragsatzrelevanten Mehrausgaben.

Durch die Aufhebung der Sechsten Gebührenanpassungsverordnung erhöhen sich die Ausgaben der privaten Krankenversicherung um jährlich rund 15 Mio. Euro. Im Übrigen

entstehen für die Wirtschaft, insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen keine zusätzlichen Kosten. Nennenswerte Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

3. Gleichstellungspolitische Bedeutung

Mit der Flexibilisierung der vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen leistet das Gesetz einen Beitrag dazu, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu verbessern. So erleichtert insbesondere die weitere Flexibilisierung der den Zugang zu einer vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit regelnden Vorschriften die beruflichen Betätigungsmöglichkeiten von Ärztinnen, Zahnärztinnen und Psychotherapeutinnen in der vertragsärztlichen Versorgung. Dies gilt im besonderen Maße für die Möglichkeit, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag künftig auf die Hälfte beschränken zu können und die Erweiterung der Anstellungsmöglichkeiten in Vertrags(zahn)arztpraxen.

Im Übrigen ergeben sich aus den Gesetzesänderungen keine gleichstellungspolitischen Auswirkungen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 43b Abs. 2)

Die Regelung entspricht der bisherigen Vereinbarung in den Bundesmantelverträgen für die vertragsärztliche Versorgung, in denen – anders als in den Bundesmantelverträgen für die vertragszahnärztliche Versorgung – bereits vorgesehen ist, dass die Kassenärztliche Vereinigung für den Vertragsarzt und die Krankenkassen den weiteren Zahlungseinzug übernimmt, wenn der Versicherte trotz einer schriftlichen Zahlungsaufforderung innerhalb einer vom Arzt gesetzten Frist nicht leistet. Eine gesetzliche Regelung ist erforderlich, um das weitere Einzugsverfahren entsprechend des im Sozialgerichtsgesetz geregelten Verfahrens sicherzustellen. So stellen sowohl der neue § 182a Abs. 3 SGG als auch der neue Satz 4 des § 192 Abs. 1 SGG auf einen weiteren Einzug der Praxisgebühr durch die Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab (vgl. die mit Artikel 2 vorgenommenen Änderungen des Sozialgerichtsgesetzes).

Zu Nummer 2 (§ 77 Abs. 3)

Angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren sind Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung, und zwar unabhängig davon, ob das medizinische Versorgungszentrum als juristische Person selbst nicht Mitglied in der Kassenärztlichen Vereinigung ist oder ob das medizinische Versorgungszentrum in Form einer Personengesellschaft von Vertragsärzten betrieben wird, die deshalb selbst Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung sind.

Als Konsequenz des gesetzgeberischen Ziels, die Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen möglichst (unter Beachtung der persönlichen Leistungserbringung durch den freiberuflich tätigen Vertragsarzt) der Anstellung von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren gleichzustellen, werden deshalb auch die nach § 95 Abs. 9 und Abs. 9a in Vertragsarztpraxen angestellten Ärzte Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Damit werden neben den nach § 95 Abs. 9 Satz 1 - neu - in Vertragsarztpraxen angestellten Ärzten, für die keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind, auch diejenigen angestellten Ärzte, die einer Arztgruppe angehören, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind (§ 95 Abs. 9 Satz 2 - neu - i.V.m. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5) sowie die bei Hausärzten angestellten Inhaber von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an Hochschulen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Diese angestellten Ärzte können deshalb zukünftig wie die angestellten Ärzte in medizinischen Versorgungszentren durch Ausübung ihres Wahlrechtes die Ausgestaltung der Aufgabenwahrnehmung der Kassenärztlichen Vereinigung mitbestimmen.

Zu Nummer 3 (§ 85 Abs. 4)

Folgeänderung zur Änderung des § 95 Abs. 3 Satz 1, mit der Vertragsärzten ermöglicht wird, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die **Hälfte** einer vollzeitigen Tätigkeit zu beschränken. Die Änderung stellt klar, dass die bereits nach geltendem Recht nach dieser Vorschrift im Verteilungsmaßstab zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit eines Vertragsarztes vorzusehenden Regelungen den aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag berücksichtigen müssen. Die Regelungen haben damit z.B. sicherzustellen, dass Vertragsärzte, die nur über einen hälftigen Versorgungsauftrag verfügen, nicht über diesen Versorgungsauftrag hinaus tätig werden und entsprechend abrechnen.

Zu Nummer 4 (§ 85a)

Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) sieht die Ablösung der vertragsärztlichen Honorarbudgets durch Vereinbarungen über den mit der Morbiditätsstruktur der Versicherten einer Krankenkasse jeweils verbundenen Behandlungsbedarf (Leistungsmenge) sowie die dafür zu zahlenden Punktwerte ab dem 1. Januar 2007 vor. Die Umsetzung dieser grundlegenden und komplexen Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems ist maßgeblich durch Beschlüsse des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gebildeten Bewertungsausschusses vorzubereiten. Insbesondere sollte der Bewertungsausschuss bis zum 30. Juni 2005 zwei Grundsatzbeschlüsse zur konkreten Ausgestaltung des neuen Vergütungssystems treffen. Auf Basis dieser Beschlüsse sollte die Vergütungsreform ab dem 1. Januar 2006 von den regionalen Vertragspartnern zunächst unter

dem Dach der Gesamtvergütungen erprobt werden, bevor es ab dem 1. Januar 2007 zur "Echteinführung" des neuen Vergütungssystems unter Wegfall der Budgets kommen sollte.

Die Umsetzung der Regelungen zur Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems durch den Bewertungsausschuss ist bislang mit erheblichen zeitlichen Verzögerungen erfolgt, so dass der gesetzliche Reformzeitplan laut Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschuss vom 16. Dezember 2005 nicht realisiert werden kann. Die im Bewertungsausschuss vertretenen Institutionen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Spitzenverbände der Krankenkassen) haben den Gesetzgeber um eine Anpassung der gesetzlichen Zeitvorgaben gebeten. Ohne die Grundsatzbeschlüsse des Bewertungsausschusses zur Vergütungsreform ist die Erprobung des neuen Vergütungssystems von den regionalen Vertragspartnern unter dem Dach der Gesamtvergütungen im Laufe des Jahres 2006 sowie die darauf basierende Reform im Jahr 2007 nicht umsetzbar. Grund für die eingetretenen Verzögerungen waren u.a. die Komplexität der Regelungen sowie Interessenkonflikte zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft und innerhalb der Krankenkassen bzw. der Ärzteschaft.

Die in den GMG-Regelungen enthaltenen Fristen müssen auch deshalb angepasst werden, damit das gegenwärtige Vergütungssystem rechtssicher weitergeführt werden kann. Bislang hat der zuständige Bewertungsausschuss erst einen geringen Teil der notwendigen Beschlüsse getroffen; weitere komplexe Fragestellungen müssen von ihm noch gelöst werden (z.B. konkrete Bestimmung der Morbidität der Versicherten und Aufteilung dieses Behandlungsbedarfs auf die einzelnen Arztgruppen). Deshalb ist vorgesehen, den Start der Erprobungsphase um zwei Jahre auf den 1. Januar 2008 und die Echteinführung des Vergütungssystems entsprechend auf den 1. Januar 2009 zu verschieben.

Zu Nummer 5 (§ 85b)

Folgeregelungen zur Änderung des § 85a. Auch die Regelungen zu § 85b sind von der Selbstverwaltung bislang nicht umgesetzt worden, so dass auch hier der Termin für die Echteinführung um zwei Jahre auf das Jahr 2009 und der Termin für den grundlegenden Beschluss des Bewertungsausschusses – wie auch für den Beschluss zu § 85a – auf den 30. Juni 2007 verschoben werden muss.

Zu Nummer 6 (§ 85c)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur Änderung des § 85a. Der Beginn der Erprobungsphase wird um zwei Jahre verschoben. Absatz 2 bleibt unverändert, d.h. es bleibt bei der Umstellung der Berechnung der Gesamtvergütungen auf das sog. Wohnortprinzip für alle Krankenkassen im Jahr 2006. Deshalb bezieht sich die Überschrift auf die Jahre 2006 und 2008.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Verschiebung des Erprobungszeitraums um zwei Jahre.

Zu Nummer 7 (§ 85d)

Redaktionelle Folgeänderungen zur Verschiebung der Echteinführung des neuen Vergütungssystems auf das Jahr 2009 (vgl. ausführliche Begründung zur Änderung des § 85a).

Zu Nummer 8 (§ 95)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

§ 95 Abs. 1 Satz 2 definiert medizinische Versorgungszentren derzeit als "fachübergreifende" ärztlich geleitete Einrichtungen. In der Praxis hat sich gezeigt, dass bei potentiellen Gründern von medizinischen Versorgungszentren und bei Zulassungsausschüssen Rechtsunsicherheit u.a. darüber besteht, wann eine fachübergreifende Leistungserbringung vorliegt. Weil eine Konkretisierung dieses Merkmals mit nicht überwindbaren Schwierigkeiten verbunden wäre, verzichtet der geänderte § 95 Abs. 1 Satz 2 auf das Merkmal "fachübergreifend", auch wenn an dem Ziel, mit medizinischen Versorgungszentren eine Versorgung "aus einer Hand" anzubieten, grundsätzlich festgehalten wird. Zudem hat die Praxis gezeigt, dass bei der Gründung von medizinischen Versorgungszentren teilweise medizinisch nicht sinnvolle Kombinationen gewählt wurden, nur um das Merkmal "fachübergreifend" zu erfüllen.

Aufgrund der Änderung ist beispielsweise die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums möglich, in dem neben einem Zahnarzt auch Kieferorthopäden oder Oralchirurgen tätig sind. Eine solche Zusammenarbeit wurde in der Vergangenheit von Zulassungsausschüssen als nicht fachübergreifend abgelehnt, weil Zahnärzte sowohl berufsrechtlich als auch zulassungsrechtlich grundsätzlich berechtigt sind, sämtliche vertragszahnärztlichen Leistungen zu erbringen.

Auch eine in der Vergangenheit mangels fachübergreifender Tätigkeit abgelehnte Zusammenarbeit von psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in einem medizinischem Versorgungszentrum ist nach künftigem Recht möglich.

Zu Doppelbuchstabe bb

§ 95 Abs. 1 Satz 2 schreibt vor, dass es sich bei medizinischen Versorgungszentren um "ärztlich geleitete" Einrichtungen handeln muss. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum sowohl **Ärzte und Zahnärzte oder Ärzte und Psychotherapeuten** oder Zahnärzte und Psychotherapeuten gemeinsam tätig, erscheint es sinnvoll, in diesen Fällen die Möglichkeit einer **kooperativen Leitung** einzuräumen, um deren Zusammenarbeit zu fördern. Möglich ist daher z.B. die gemeinsame Leitung eines Arztes und eines Zahnarztes, wenn in dem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige beider Berufe tätig sind.

Zu Buchstabe b

§ 95 Abs. 3 sieht bislang lediglich vor, dass ein Vertragsarzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Zum Umfang des sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrags trifft § 95 Abs. 3 Satz 1 keine Aussage. Aus § 20 Abs. 1 der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, der jeweils bestimmt, dass für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit nicht geeignet ist, wer wegen eines Beschäftigungsverhältnisses oder wegen anderer nicht ehrenamtlicher Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht, ergibt sich jedoch, dass der sich aus der Zulassung ergebene Versorgungsauftrag des Vertragsarztes von einer **vollzeitigen (hauptberuflichen) Tätigkeit** ausgeht.

Zur Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten (insbesondere auch zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie) sowie zur besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen wird nunmehr die Möglichkeit vorgesehen, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die **Hälfte** einer vollzeitigen Tätigkeit beschränken zu können. Der Arzt erhält in diesem Fall eine sog. **"Teilzulassung"** mit beschränktem Versorgungsauftrag. Möglich ist dabei zum einen der Fall, dass ein Leistungserbringer von vornherein nur eine "Teilzulassung" beantragt. Möglich ist zum anderen aber auch der Fall, dass ein Arzt den sich aus seiner Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag nachträglich auf die Hälfte reduzieren möchte. In beiden Fällen kann der Arzt gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt (wieder) eine Zulassung mit vollem

Versorgungsauftrag beantragen (vgl. zum Verfahren § 19a - neu - der jeweiligen Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte und die Begründungen hierzu).

Zu Buchstabe c

Die Änderung des § 95 Abs. 6 Satz 2 soll gewährleisten, dass der Betrieb eines medizinischen Versorgungszentrums zunächst einmal weiter laufen kann, auch wenn eine Gründungsvoraussetzung des § 95 Abs. 1 Satz 3, 2. Halbsatz nicht mehr vorliegt. So sieht § 95 Abs. 6 Satz 2 bislang im Falle des Wegfalls einer Gründungsvoraussetzung lediglich vor, dass dem medizinischen Versorgungszentrum die Zulassung zu entziehen ist. Die Änderung regelt deshalb, dass dem medizinischen Versorgungszentrum in diesem Fall eine Frist von sechs Monaten eingeräumt wird, um die Gründungsvoraussetzung wieder herzustellen. Erst nach Ablauf dieser Frist kann dem medizinischen Versorgungszentrum die Zulassung entzogen werden.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung sieht zum einen eine Gleichstellung der in medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte mit Vertragsärzten vor, indem nunmehr bestimmt wird, dass die Anstellung des Arztes nicht mehr mit dem Tag der Vollendung des 68. Lebensjahres, sondern am Ende des Kalendervierteljahres, in dem er sein 68. Lebensjahr vollendet, endet.

Zum anderen handelt es sich um eine Folgeänderung zu den neuen Sätzen 8 und 9 des § 95 Abs. 7, die vorsehen, dass die Zulassung eines Vertragsarztes nicht mit Vollendung des 68. Lebensjahres endet, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine eingetretene oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat. Der in Satz 7 neu eingefügte Halbsatz stellt klar, dass auch Ärzte in zugelassenen medizinischen Versorgungszentren weiterbeschäftigt werden können, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für das Gebiet, in dem sich das medizinische Versorgungszentrum befindet, festgestellt hat, dass eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht (vgl. im übrigen folgende Begründung zu Doppelbuchstabe bb).

Zu Doppelbuchstabe bb

§ 95 Abs. 7 Satz 3 enthält den Grundsatz, dass die Zulassung eines Vertragsarztes am Ende des Kalendervierteljahres endet, in dem er sein 68. Lebensjahr vollendet. Diese Regelung sollte ursprünglich dazu dienen, in überversorgten und deshalb für die Neuzulassung gesperrten Planungsbereichen Niederlassungschancen für jüngere Ärzte zu schaffen. Soweit aber ältere Ärzte gegen ihren Willen zur Aufgabe ihrer Praxis gezwungen werden, obwohl bei ihnen die

nach der Zulassungsverordnung erforderlichen persönlichen Voraussetzungen für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit nach wie vor vorliegen, ist es angezeigt an der strengen Altersgrenze dann nicht mehr festzuhalten, wenn dies anderenfalls zu Versorgungsproblemen führt, weil jüngere Ärzte gerade nicht als Nachfolger bereit stehen. Die neuen Sätze 8 bis 10 sehen daher als Ausnahme von dem in Satz 3 bestimmten Grundsatz vor, dass die Zulassung z.B. eines hausärztlich tätigen Vertragsarztes dann nicht mit dem vollendeten 68. Lebensjahr endet, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für das Gebiet, in dem der Vertragsarzt niedergelassen ist, festgestellt hat, dass eine hausärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht. Sie endet jedoch spätestens sechs Monate nach Aufhebung des Beschlusses des Landesausschusses. Mit dieser Nachfrist wird dem ausscheidenden Vertragsarzt ein hinreichender Zeitraum zur Verfügung gestellt, um seine Praxisnachfolge zu regeln.

Zu Buchstabe e

Nach geltendem Recht dürfen Vertragsärzte lediglich einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte desselben Fachgebiets anstellen (§ 95 Abs. 9 i.V.m. § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV). Außerdem ist Voraussetzung der Anstellung, dass der anstellende Vertragsarzt sich verpflichtet, das in einem entsprechenden Vorjahresquartal anerkannte Leistungsvolumen um nicht mehr als 3 v.H. des Fachgruppendurchschnitts des Vorjahresquartals zu überschreiten. Die angestellten Ärzte werden bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in dem betreffenden Planungsbereich nicht mitgerechnet (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5).

Zukünftig wird der Vertragsarzt Ärzte anstellen können, deren Anzahl nicht mehr numerisch begrenzt ist. Auch ihre Arbeitszeit wird genauso wie die Arbeitszeit der angestellten Ärzte in medizinischen Versorgungszentren dienstvertraglich flexibel gestaltet werden können (§ 95 Abs. 9 Satz 1). Da diese (neuen) angestellten Ärzte – anders als die außerdem weiterhin möglichen und nun in § 95 Abs. 9 Satz 2 i.V.m. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 geregelten angestellten Ärzte – ebenso wie die angestellten Ärzte in medizinischen Versorgungszentren bei der Berechnung des Versorgungsgrades im Planungsbereich zu berücksichtigen sind (vgl. § 101 Abs. 1 Satz 7 - neu -), ist eine "unbeschränkte" Anstellung allerdings nur zulässig in Planungsbereichen, die nicht wegen Zulassungsbeschränkungen gesperrt sind. Zur Klarstellung ist darauf hinzuweisen, dass auf die Anstellung dieser Ärzte § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV nicht anzuwenden ist, der die Vergrößerung des Praxisumfangs bei der Beschäftigung von Assistenten verbietet.

Der neue Satz 2 des Absatzes 9 regelt die Anstellung von Ärzten, die einer Arztgruppe angehören, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Hier gilt, dass der Vertragsarzt trotz Bestehen von Zulassungsbeschränkungen einen oder mehrere Ärzte anstellen kann, sofern die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sind. Voraussetzung für eine Anstellung ist daher, dass es sich bei dem anzustellenden Arzt um einen Arzt mit derselben Facharztbezeichnung handelt und der anstellende Vertragsarzt sich zu einer Leistungsbegrenzung seines Praxisumfangs verpflichtet. Weggefallen ist die Beschränkung, dass es sich entweder um einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte handeln muss (vgl. Änderung des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5). Der Vertragsarzt kann daher auch mehrere Teilzeitkräfte anstellen.

Die bisher in Satz 2 enthaltene zusätzliche Ermächtigung an den Gemeinsamen Bundesausschuss, das Nähere zur Anstellung von Ärzten in Richtlinien zu regeln, ist entbehrlich: Die Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung bei Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen besteht zukünftig nur noch in – wegen Überversorgung – gesperrten Planungsbereichen; der dafür notwendige Konkretisierungsauftrag ist in dem Normsetzungsauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss in § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 enthalten; die Anstellung von Ärzten in nicht gesperrten Planungsbereichen ist zukünftig nicht an die Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung geknüpft.

Satz 3 ermächtigt den Verordnungsgeber der Zulassungsverordnungen, wie bisher Einzelheiten, insbesondere zum Verfahren der Genehmigung der Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen, zu regeln. Die bisher in § 95 Abs. 9 Satz 2 zusätzlich geregelte Ermächtigung an den Gemeinsamen Bundesausschuss, das Nähere zur Anstellung von Ärzten in Richtlinien zu regeln, ist entbehrlich, da der an den Gemeinsamen Bundesausschuss gerichtete Normsetzungsauftrag, die Anstellung von Ärzten in Planungsbereichen mit Zulassungsbeschränkungen zu regeln, in § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 enthalten ist.

Satz 4 bestimmt, dass die für Vertragsärzte und für in medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte maßgebliche Altersgrenze von 68 Jahren (einschließlich der Ausnahme hiervon bei Unterversorgungsfeststellung) auch für die nach Satz 1 und nach Satz 2 angestellten Ärzte gilt. Hingegen gilt die für den Beginn der vertragsärztlichen Leistungserbringung maßgebliche 55-Jahresregelung – genauso auch für in medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte – nicht (vgl. § 25 Satz 3 Ärzte-ZV - neu -).

Zu Buchstabe f

Zur Erhaltung und Fortentwicklung der praktischen hausärztlichen Kompetenz von Inhabern der Lehrstühle für Allgemeinmedizin an Hochschulen wird diesen der Zugang zur hausärztlichen Versorgung der Versicherten der GKV dadurch ermöglicht, dass es den Hausärzten vertragsarztrechtlich gestattet wird, diese Ärzte als angestellte Ärzte außerhalb der Bedarfsplanung und ohne Beschränkung des Praxisumfangs zu beschäftigen. Um die Zulassungs- und Anstellungsmöglichkeiten anderer hausärztlich tätiger Ärzte nicht zu schmälern, werden diese angestellten Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades nicht berücksichtigt.

Zu Nummer 9 (§ 98 Abs. 2)

Zu Buchstabe a

Als Folgeänderung zur Änderung des § 95 Abs. 3 Satz 1, mit der Vertragsärzten ermöglicht wird, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit zu beschränken, wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, den zeitlichen Umfang des sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrags in den jeweiligen Zulassungsverordnungen näher zu bestimmen (siehe § 19a - neu - der jeweiligen Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte).

Zu Buchstabe b

Die Änderung ergänzt die Ermächtigung für die Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, die Voraussetzungen für Ausnahmen von dem Grundsatz zu regeln, dass die Zulassung von Ärzten, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, ausgeschlossen ist (vgl. auch Änderung des § 25 der Ärzte-ZV).

Zu Buchstabe c

§ 98 Abs. 2 Nr. 13 enthält bereits bisher die Ermächtigungsnorm für den Verordnungsgeber der Zulassungsverordnungen, die personelle Organisation der vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringung zu regeln. Diese Befugnis wird einerseits erweitert um die Befugnis, nähere Regelungen zur Ausübung der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit an verschiedenen Orten zu treffen. Andererseits wird die Befugnis, nähere Regelungen zur gemeinsamen Ausübung der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit zu treffen, in die neue Nummer 13a überführt (vgl. nachfolgende Begründung).

Zu Buchstabe d

Zukünftig soll die gemeinsame Berufsausübung ohne Inbezugnahme des "die Grundsätze der Ausübung eines freien Berufes" konkretisierenden (zahn)ärztlichen Berufsrechts zwischen allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern vertrags(zahn)arztrechtlich ermöglicht werden. Die bisherige Regelung ist in der neuen Nummer 13a durch eine die gemeinsame Berufsausübung zwischen allen zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern erlaubende Ermächtigung ersetzt worden.

Zu Nummer 10 (§ 101)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Ersetzung des Begriffs "Fachgebiet" durch den Begriff "Facharztbezeichnung" in Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 und 5 ist die Konsequenz aus der neuen (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (MWBO-Ä), nach der anders als bisher die Fachgebieteninhalte nicht mehr in jedem Fall in vollem Umfang Gegenstand der Kenntnisse und Fähigkeiten sind, die ein Facharzt während seiner Weiterbildung erwerben und nachweisen muss; die Facharztbezeichnung beinhaltet dagegen alles das, was der Facharzt im Rahmen seines Fachgebietes erlernt hat und deshalb ausüben darf (Facharztkompetenz).

Die zusätzliche Einfügung der Wörter "in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind" in Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 bewirkt, dass die bisher unabhängig von Zulassungsbeschränkungen mögliche Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen, deren Inhaber sich zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet hatten, auf Planungsbereiche beschränkt wird, für die Zulassungsbeschränkungen bestehen. Für die Zulässigkeit der Anstellung von Ärzten in Planungsbereichen, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ist die Verpflichtung des Praxisinhabers zur Leistungsbegrenzung nicht notwendig. Die Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen mit Leistungsbegrenzung ist zukünftig in § 95 Abs. 9 Satz 2 - neu - geregelt, die der Anstellung von Ärzten ohne Leistungsbegrenzung in § 95 Abs. 9 Satz 1 - neu -.

Gestrichen wird in Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 die Beschränkung, dass der Vertragsarzt entweder einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte anstellen kann. Dies führt zu einer weiteren Flexibilisierung auch für Vertragsärzte, die in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, niedergelassen sind.

Diese können künftig auch mehrere Teilzeitkräfte anstellen.

Ergänzt wird Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 um eine **Sonderegelung im Fall lokalen Versorgungsbedarfs**. Es hat sich gezeigt, dass in einzelnen Planungsbereichen die auf einer den gesamten Planungsbereich bezogenen Betrachtung beruhenden örtlichen Verhältniszahlen die Versorgungssituation vor Ort nicht immer sachgerecht abbilden. Dies gilt insbesondere für großräumige Landkreise. Aufgrund der ungleichen Verteilung der Ärzte auf den Planungsbereich, ist – teilweise sogar in rechnerisch übersorgten Planungsbereichen – an einzelnen Orten eine Unterversorgungssituation gegeben. Der neue Satz 8 sieht daher – **ergänzend** zu bereits bestehenden Möglichkeiten (z.B. **Sonderbedarfszulassungen**) – vor, dass der derzeit maßgebliche Umfang **der Leistungsbegrenzung in Höhe von 103 %, zu der sich der Vertragsarzt verpflichten muss, in Fällen lokaler Versorgungsdefizite erhöht werden kann**. Eine gesetzliche Höchstgrenze für die Umfangserweiterung ist ausdrücklich nicht vorgesehen. Der Umfang der Leistungsbegrenzung ist vielmehr entsprechend dem lokalen Versorgungsbedarf angemessen zu erhöhen. Die Umfangserweiterung ist wieder zu reduzieren, sobald ein lokaler Versorgungsbedarf nicht mehr besteht.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung in Absatz 1 Satz 2 ermöglicht dem Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Bestimmung der Voraussetzung der Fachidentität im Rahmen der bedarfsrechtlichen Konkretisierung des Jobsharings nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und der Anstellung von Ärzten nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 die Probleme zu lösen, die sich daraus ergeben, dass nach dem neuen Weiterbildungsrecht unterschiedliche Facharztkompetenzen in demselben Gebiet möglich sind, z.B. in dem Gebiet der Chirurgie, dem Gebiet der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin und dem Gebiet der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.

Zu Doppelbuchstabe cc

Neben einer redaktionellen Änderung, mit der die Formulierung im bisherigen Satz 6 ("Planungsregion") an die Formulierung im bisherigen Satz 5 ("Planungsbereich") angepasst wird, enthält die Änderung des bisherigen Satzes 6 notwendige Folgeänderungen hinsichtlich der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich.

So wird einerseits sichergestellt, dass Vertragsärzte, deren Versorgungsauftrag nach § 95 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit § 19a - neu - der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränkt ist, bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich auch nur mit einer halben Stelle gerechnet werden. Zum anderen bezieht die Ergänzung die nach § 95 Abs. 9 Satz 1 - neu - ohne Leistungsbegrenzung angestellten Ärzte – ebenso wie die bereits nach geltendem Recht in medizinischen

Versorgungszentren angestellten Ärzte – in die Ermittlung des Versorgungsgrades entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig ein. Einer Einbeziehung der nach § 95 Abs. 9 Satz 2 - neu - angestellten Ärzte, die einer Arztgruppe angehören, für die Leistungsbeschränkungen angeordnet sind, in den Versorgungsgrad bedarf es – wie auch bisher – hingegen nicht, da sich der anstellende Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten muss (vgl. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5, der auch bereits die ausdrückliche Regelung enthält, dass diese angestellten Ärzte bei der Ermittlung des Versorgungsgrades nicht mitzurechnen sind).

Zu Buchstabe b

Der neue Absatz 3a Satz 1 bestimmt, dass mit Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen die Verpflichtung des Vertragsarztes, der einen Arzt nach § 95 Abs. 9 Satz 2 - neu - angestellt hat, zur Leistungsbegrenzung entfällt; es gelten dann für die Leistungsausweitung auf Grund der Tätigkeit des angestellten Arztes die allgemeinen Grenzen, die sich aus der Pflicht des Vertragsarztes zur persönlichen Ausübung und Leitung der Praxis ergeben. Im Gegenzug zur Aufhebung der Leistungsbegrenzung wird der angestellte Arzt bei der Ermittlung der örtlichen Verhältniszahl mitgerechnet (Satz 2). Durch die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen wird aus dieser Stelle also eine ganz normale Angestelltenstelle nach § 95 Abs. 9 Satz 1 - neu - mit der weiteren Folge, dass auch nach erneuter Sperrung des Planungsbereichs eine Nachbesetzung der Stelle nach § 103 Abs. 4b Satz 2 - neu - möglich ist.

Zu Nummer 11 (§ 102)

Die Regelung zur Einführung einer Bedarfszulassung wird aufgehoben. In § 102 ist angekündigt, zum 1. Januar 2003 eine Bedarfszulassung aufgrund gesetzlich festgelegter Verhältniszahlen einzuführen. Die Vorschrift ist 1992 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (BGBl. I S. 2266) eingefügt worden. Zu diesem Zeitpunkt ging man von ständig steigenden Arztzahlen aus. Gesetzlich festgelegte Verhältniszahlen sollten dazu dienen, einen "closed-shop", also eine bundesweite Sperrung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung verfassungsrechtlich zu legitimieren. Der 1992 befürchtete Anstieg der Überversorgung, zu deren Beendigung der § 102 dienen sollte, ist auch ohne die Umsetzung einer Bedarfszulassung nahezu zum Stillstand gekommen. Die Umsetzung der Regelung würde zudem einen erheblichen gesetzgeberischen und verwaltungstechnischen Aufwand sowohl auf der Landes- als auch der Bundesebene bedeuten.

Zu Nummer 12 (§ 103 Abs. 4b)

In Anlehnung an die Regelung in § 103 Abs. 4a, die einem Vertragsarzt ermöglicht, in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seinen Vertragsarztsitz zu verzichten, um als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig zu werden, wird – soweit die übrigen Voraussetzungen vorliegen – die entsprechende angestellte Tätigkeit in einer Vertragsarztpraxis ermöglicht (Satz 1). Außerdem erhält der Vertragsarzt ebenso wie das medizinische Versorgungszentrum die Möglichkeit, trotz Zulassungsbeschränkungen die Stelle eines nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Arztes nachzubeseetzen (Satz 2).

Zu Nummer 13 (§ 105a)

In ländlichen Gebieten, insbesondere der neuen Länder, ist absehbar, dass es zu Versorgungsengpässen kommen kann, für deren Behebung das bisherige Instrumentarium des Vertragsarztrechts ergänzt werden muss. So greift z.B. die durch das GKV-Modernisierungsgesetz eingeführte Möglichkeit, – durch Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen gemeinsam finanzierte – Sicherstellungszuschläge an niederlassungswillige Ärzte zu zahlen, erst in den Fällen, in denen der Landesausschuss in dem betreffenden Planungsbereich eine Unterversorgungsfeststellung getroffen hat. Dennoch besteht gerade in den – wegen ihrer Anknüpfung an die Stadt- und Landkreise – oft sehr großen Planungsbereichen die Gefahr, dass auch in Planungsbereichen, die rechnerisch ausreichend versorgt sind, erhebliche Versorgungslücken existieren, die z.B. in schlechter infrastruktureller Anbindung begründet sind. Der neue § 105a gibt den Aufsichtsbehörden für diese Fälle spezielle Einwirkungsmöglichkeiten an die Hand, um noch wirksamer als bisher die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Erfüllung ihrer Sicherstellungsverpflichtung nach § 105 Abs. 1 anzuhalten. Die Regelung ist bezüglich der an die Feststellung des Versorgungsdefizits durch die Aufsichtsbehörde anknüpfenden Rechtsfolgen der Regelung des § 72a nachgebildet. Dies bedeutet, dass dann, wenn es der Kassenärztlichen Vereinigung nicht gelingt, den Versorgungsmangel zu beheben, der Sicherstellungsauftrag insoweit auf die Krankenkassen übergeht, den diese – genauso wie im Falle der kollektiven Zulassungsrückgabe nach § 72a Abs. 3 – durch Abschluss von Einzel- oder Gruppenverträgen gemeinsam und einheitlich mit geeigneten Leistungserbringern – ggf. auch im Ausland – oder der Errichtung von Eigeneinrichtungen zu schließen haben. Die von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Vergütungen verringern sich um die durch den Übergang des Sicherstellungsauftrages entstandenen notwendigen Kosten.



Zu Nummer 14 (§ 106b)

Vertragsärzte, die als Einzelpersonen oder als Gesamthand in einer Berufsausübungsgemeinschaft in vertragsarztrechtlichen Beziehungen zu einer Kassenärztlichen Vereinigung und zu Krankenkassen stehen, haften für Ansprüche dieser Institutionen auch nach Beendigung ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit, sei es als Einzelperson unmittelbar, sei es gesamtschuldnerisch als Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft akzessorisch analog §§ 128, 129 HGB mit ihren Privatvermögen (vgl. BGHZ 146, 341 ff. - BGB-Gesellschaft - und § 8 Abs. 1 PartGG - Partnerschaftsgesellschaft -). Diese Haftungserstreckung ist wegen des Grundsatzes der Gleichbehandlung vertragsärztlicher Leistungserbringer unabhängig von deren rechtlicher Organisationsform auf die Rechtsansprüche von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen medizinische Versorgungszentren zu übertragen, die als juristische Personen des Privatrechts organisiert sind. Hinzu kommt, dass Kassenärztliche Vereinigungen (z.B. wegen möglicher Rückforderungsansprüche nach § 106 Abs. 5c oder wegen erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums entdeckter Falschabrechnungen) und Krankenkassen (z.B. bezüglich der Realisierung von Schadensersatzansprüchen aufgrund eines erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums festgestellten sonstigen Schadens; vgl. § 48 BMV-Ä) sich nicht absichern können. Die Neuregelung nimmt deshalb die ehemaligen Gesellschafter eines aufgelösten medizinischen Versorgungszentrums für die nicht realisierbaren Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gesamtschuldnerisch in Haftung.

Zu Nummer 15 (§ 121a)

Es wird klargestellt, dass auch der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz zum 1. Januar 2004 geschaffene neue vertragsärztliche Leistungserbringer "medizinisches Versorgungszentrum" Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erbringen darf, wenn die zuständige Behörde eine Genehmigung nach § 121a Abs. 2 zur Durchführung dieser Maßnahmen erteilt hat. Zwar zählen medizinische Versorgungszentren zu den ärztlich geleiteten Einrichtungen, die an sich bereits in der bisherigen Nummer 3 der Vorschrift genannt sind. Doch ist in Nummer 3 nur von ermächtigten, nicht aber von zugelassenen Einrichtungen die Rede.

Zu Nummer 16 (§ 140b)

Folgeänderung zur Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung in § 140d.

Zu Nummer 17 (§ 140d)

Zu Buchstabe a

Die Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung erfolgt im Hinblick auf die Verschiebung der Einführung der morbiditätsorientierten Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung (siehe Änderung der §§ 85a bis d). Diese Neuregelung sieht vor, dass die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko tragen. Zu vereinbaren ist künftig ein mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten jeweils verbundener Behandlungsbedarf. Mit dem Inkrafttreten dieser Regelung richtet sich die Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung nach der Morbidität (Krankheitslast) und damit dem Versorgungsbedarf der in diesem System behandelten Patienten. Solange hingegen ein fixes, unabhängig vom Umfang der tatsächlich erbrachten Leistungen gezahltes Budget (als Summe der Kopfpauschalen) vereinbart wird, muss dieses Vergütungsvolumen im Nachhinein um Leistungsanteile, die außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, bereinigt werden. Die Entwicklung in der Vergangenheit hat gezeigt, dass zur Beförderung der integrierten Versorgung vereinfachte Regelungen zu deren Finanzierung erforderlich sind, komplizierte Bereinigungsvorschriften hingegen den Aufbau integrierter Versorgungssysteme massiv behindern. Deshalb wird die Anschubfinanzierung verlängert.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Verlängerung der Anschubfinanzierung

Zu Buchstabe c

Es wird klargestellt, dass die mit § 140d Abs. 4 vorgegebene Begrenzung der Finanzierung auf Leistungen, die zusätzlich zu den bereits in den Krankenhausbudgets enthaltenen Leistungen erbracht werden, nur bis zum 31. Dezember 2007 gilt. Nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung werden ab dem 1. Januar 2008 die Leistungen der integrierten Versorgung, soweit sie bis zu diesem Zeitpunkt noch im Rahmen der Krankenhausbudgets finanziert werden, vollständig aus den Krankenhausbudgets ausgegliedert. Die entsprechenden Budgetbereinigungen schreiben die Neuregelungen des § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung

vor. Ab dem 1. Januar 2008 werden diese Leistungen somit allein nach den Regelungen der integrierten Versorgung verhandelt und finanziert.

Zu Nummer 18 (§ 140f)

Zu Buchstabe a bis c

Mit der Änderung wird der Umfang des Mitberatungsrechts der Patientenvertreterinnen und -vertreter klargestellt. Ihr Mitberatungsrecht beinhaltet das Recht zur aktiven Teilnahme an der gesamten Sitzung einschließlich Beschlussfassung. Dies gilt für die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Beirates der Arbeitsgemeinschaften für Aufgaben der Datentransparenz (§ 140f Abs. 2), für Beratungen der Landesausschüsse, der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse (§ 140f Abs. 3) sowie für Beratungen im Zusammenhang mit den im § 140f Abs. 4 genannten Regelungskomplexen.

Die Klarstellung ist erforderlich, weil in der Praxis unterschiedliche Rechtsauffassungen bestehen, wie die Begriffe Mitberatung und Patientenbeteiligung auszulegen sind.

Mit der Änderung in Buchstabe b, Doppelbuchstabe aa wird ein redaktionelles Versehen korrigiert.

Zu Buchstabe d

Mit der Regelung wird eine Aufwandsentschädigung für Patientinnenvertreterinnen und -vertreter in den Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Beteiligung in den Entscheidungsgremien für die benannten sachkundigen Personen mit einem erheblichen Aufwand an Zeit und Sachmitteln verbunden ist, der nicht allein durch die Erstattung von Reisekosten – wie bisher vorgesehen – aufgefangen werden kann. In Anlehnung an die Regelungen des SGB IV für die Entschädigung der ehrenamtlich tätigen Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherungsträger erhalten Patientenvertreterinnen und -vertreter eine Entschädigung, die die Erstattung des Verdienstauffalls und die Leistung eines Pauschbetrages für Zeitaufwand bei Sitzungen und für die Sitzungsvorbereitung umfasst.

Durch die Regelung zum Verdienstauffall wird den Patientenvertreterinnen und -vertretern der unmittelbar durch eine Sitzung sowie der durch die An- und Abreise zur Sitzung entgangene Verdienst ersetzt. Die Erstattung ist in entsprechender Anwendung von § 41 Abs. 2 Satz 2 und 4 SGB IV auf maximal 1/75 der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV; z.Zt. 32,67 Euro) pro

Stunde der versäumten regelmäßigen Arbeitszeit begrenzt und wird für höchstens zehn Stunden je Kalendertag geleistet; dabei ist die letzte angefangene Stunde voll zu rechnen.

Der Pauschbetrag für Zeitaufwand soll in Anlehnung an § 41 Abs. 3 SGB IV einen gewissen Ausgleich schaffen für die in Zusammenhang mit einer Sitzung zusätzlich einzusetzende Zeit, insbesondere auch für die Vorbereitung der Sitzung. Die Festsetzung auf 1/50 der monatlichen Bezugsgröße (z.Zt. 49 Euro) für jeden Sitzungstag orientiert sich an der Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner über die Entschädigung der Organmitglieder in der Selbstverwaltung, die in ihrer Fassung aus dem Jahre 1999 einen Pauschbetrag zwischen 50 DM (ca. 26,00 Euro) und 100,00 DM (ca. 51 Euro) für angemessen hält. Dabei findet Berücksichtigung, dass die als sachkundige Personen benannten Patientenvertreterinnen und -vertreter in einer Vielzahl von Fällen sowohl für die Sitzung selbst als auch für die Sitzungsvorbereitung ihre Freizeit aufwenden und lediglich die Zeitaufwandsentschädigung erhalten, weil sie keinen Verdienstausschlag nachweisen können.

Zu Nummer 19 (§ 268)

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung wird die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich auf den 1. Januar 2009 verschoben. Diese Verschiebung ist durch den zwischenzeitlichen Zeitablauf erforderlich geworden.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verschiebung des Termins für die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich in Buchstabe a. Auf Grund des Zeitablaufs muss auch der Zeitpunkt für den Erlass der Rechtsverordnung, die das Nähere zur Umsetzung regelt, entsprechend verschoben werden. Außerdem wird festgelegt, dass die direkte Morbiditätsorientierung auch dann zum 1. Januar 2009 wirksam wird, wenn diese Rechtsverordnung erst im Lauf des Jahres 2009 erlassen wird.

Zu Buchstabe c

Die Regelung stellt klar, dass in der Rechtsverordnung auch die Erhebung von Daten vorgesehen werden kann, die zwar nicht unmittelbar für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs erforderlich sind, die aber benötigt werden, um die finanziellen Auswirkungen einer weiteren Entwicklung des Risikostrukturausgleichs zu überprüfen. Wie das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 18. Juli 2005 (2 BvF 2/01) festgestellt hat, ist der Gesetzgeber verfassungsrechtlich verpflichtet, die Auswirkungen des

Risikostrukturausgleichs zu beobachten und gegebenenfalls nachzubessern, wenn sich herausstellt, dass er die angestrebten Ziele, die Herstellung des Solidarausgleichs zwischen den Versicherten und die wirksame Verringerung der Risikoselektionsspielräume der Krankenkassen, nicht mehr in ausreichendem Maß erreicht.

Dieser Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht kann der Gesetzgeber aber nur dann nachkommen, wenn die erforderlichen Datengrundlagen hierfür zur Verfügung stehen. Andernfalls wäre eine Beurteilung, ob und in welchem Ausmaß einzelne Änderungen des Risikostrukturausgleichs geeignet sind, seine Zielgenauigkeit zu erhöhen, oder - im Gegenteil - dazu führen, dass der Grad der Zielerreichung herabgesetzt wird, nicht möglich.

Aus diesem Grund wird der Verordnungsgeber ermächtigt, in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vorzusehen, dass die Krankenkassen auch solche Daten zu erheben haben, die für die Erfüllung dieser Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht erforderlich sind. Hierbei kann es sich aber nur um solche Daten handeln, die in Absatz 3 Satz 1 genannt sind. Die Erhebung weiterer Daten darf der Verordnungsgeber nicht vorsehen.

Zu Nummer 20 (§ 285 Abs. 3)

Die Regelung ist aus datenschutzrechtlichen Gründen erforderlich. Eine gegenseitige Übermittlung personenbezogener (arzt- und versichertenbezogener) Daten zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen war bislang zur Erfüllung der Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung nach diesem Gesetzbuch nicht erforderlich und deshalb nicht zulässig. Mit der Ermöglichung der gemeinsamen Berufsausübung von mehreren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern in überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften über die Bezirksgrenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus (vgl. § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV) ist dieses Übermittlungsverbot einzuschränken. Der Austausch personenbezogener Daten zwischen den betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen ist für die ordnungsgemäße Durchführung der arztbezogenen Steuerungsinstrumente (Regelleistungsvolumen, Richtgrößen, Qualitätsprüfungen) notwendig.

Zu Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

In Folge der Verlängerung der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V um ein Jahr wird entsprechend die Frist für die Ausgliederung dieser Leistungen aus dem Krankenhausbudget angepasst.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung werden alle Leistungen der integrierten Versorgung mit den vertraglich vereinbarten Entgelten vergütet. Soweit ein Teil der integrierten Leistungen derzeit noch über das Krankenhausbudget finanziert wird, ist dieser Teil zum 1. Januar 2008 aus den Krankenhausbudgets auszugliedern.

Zu Artikel 4 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 182a Abs. 3)

Die Einziehung der nach § 28 Abs. 4 SGB V von den Versicherten zu entrichtenden Zuzahlung (so genannte Praxisgebühr) führt in der Praxis zu Problemen, wenn der Versicherte die Praxisgebühr nicht entsprechend § 43b Abs. 2 Satz 1 SGB V an den von ihm in Anspruch genommenen Leistungserbringer gezahlt hat. Die Bundesmantelverträge für die vertragsärztliche Versorgung bestimmen insoweit – anders die Bundesmantelverträge für die vertragszahnärztliche Versorgung –, dass die für den Vertragsarzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung für diesen und die Krankenkasse den weiteren Zahlungseinzug übernimmt, wenn der Versicherte trotz einer schriftlichen Zahlungsaufforderung nicht innerhalb einer vom Vertragsarzt gesetzten Frist leistet. Da das Sozialgerichtsgesetz kein Mahnverfahren kennt, ist den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) zur Durchsetzung des Anspruchs auf die Praxisgebühr dieser einfache Weg zur Erlangung eines vollstreckbaren Titels bislang versperrt. Vielmehr sind sie, weil sie gegenüber den Versicherten mangels eines Über- und Unterordnungsverhältnisses auch nicht zum Erlass von Verwaltungsakten ermächtigt sind, zur Erlangung eines Titels gezwungen, vor dem jeweils zuständigen Sozialgericht Leistungsklage zu erheben. Der hierbei von den KVen und KZVen zu betreibende Aufwand ist zu groß. Zur Entbürokratisierung und zur vereinfachten Durchsetzung der Forderung wird deshalb die Möglichkeit eröffnet, die „Praxisgebühr“ nach den Vorschriften der Zivilprozessordnung im Mahnverfahren geltend machen zu können. Die Regelung knüpft

hierzu an die mit dem 5. SGG-Änderungsgesetz vom 30. März 1998 (BGBl. I S. 638) in das Sozialgerichtsgesetz eingefügte und bereits bewährte Regelung zur Geltendmachung von Beitragsansprüchen privater Pflegeversicherungsunternehmen an und erklärt diese für entsprechend anwendbar.

Zu Nummer 2 (§ 192)

Der neue Satz 3 betrifft den Fall, dass eine Kassenärztliche Vereinigung (KV) oder eine Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) nach erfolglosem Mahnverfahren entsprechend dem neuen § 182a Abs. 3 den Einzug der so genannten Praxisgebühr vor dem Sozialgericht geltend macht und der Versicherte auf seiner Zahlungsverweigerung besteht, ohne dass er hierfür triftige Gründe vorbringen kann. Allein die Einlegung der Rechtsbehelfe kann deshalb kein Grund für die Auferlegung der Missbrauchsgebühr durch das Sozialgericht sein. Wird die Missbrauchsgebühr auferlegt, hat dies zur Folge, dass die den Anspruch geltend machende KV oder KZV von ihrer Gebührenpflicht nach § 184 befreit wird und stattdessen der Versicherte die Kosten zu tragen hat, die durch sein missbräuchliches Verhalten verursacht werden. Als verursachter Kostenbetrag gelten dabei entsprechend dem bisherigen Satz 3 des § 192 Abs. 1 (jetzt Satz 5) mindestens der Betrag nach § 184 Abs. 2. Voraussetzung für eine Kostenpflicht des Versicherten nach dem neuen Satz 3 ist damit – anders als nach der in Satz 1 Nr. 2 enthaltenen Verschuldensregelung – keine vorherige "Warnung" des Versicherten durch den Vorsitzenden. Dies ist insoweit gerechtfertigt, als dem Verfahren vor dem Sozialgericht nach Zahlungsaufforderungen durch den Arzt bzw. Zahnarzt und der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung noch das Mahnverfahren vor dem Amtsgericht vorangestellt ist. Bei der Erhebung der Missbrauchsgebühr werden die Kosten des Mahnverfahrens angerechnet, da der Versicherte insoweit mit dem Kläger gleichbehandelt werden soll. Der Wegfall der Pauschalgebühr wirkt sich ebenso zum Schutz des Versicherten aus, weil anderenfalls zu der Missbrauchsgebühr auch die Pauschalgebühr von ihm zu tragen wäre.

Eine Kostenbeteiligung der den Anspruch auf die Praxisgebühr geltend machenden Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung entfällt in diesem Fall. Dies ist deshalb folgerichtig, weil sie durch das missbräuchliche Verhalten des Versicherten in das Verfahren vor dem Sozialgericht "gezwungen" wurde.

Im Übrigen wird mit der neuen Kostenregelung auch der Gefahr der „Missachtung“ der Praxisgebühr begegnet. Eine solche Gefahr bestand, weil die nach bisherigem Kostenrecht auch bei erfolgreichem Rechtsstreit durch die Krankenkasse oder die KV/KZV in Verfahren vor

den Sozialgerichten zu zahlende Gerichtsgebühr in Höhe von 150,00 Euro vernünftiger Weise der Durchsetzung des Zahlungsanspruchs entgegen stand.

Zu Artikel 5 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zu Nummer 1 (§ 1 Abs. 3)

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass diese Verordnung auch für die bei medizinischen Versorgungszentren und bei Psychotherapeuten angestellten Psychotherapeuten sowie die bei Vertragsärzten angestellten Ärzte und Psychotherapeuten entsprechend gilt.

Zu Nummer 2 (§ 12)

Folgeänderung zu der mit den GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) erfolgten Einführung eines Gemeinsamen Bundesausschusses durch § 91 SGB V.

Zu Nummer 3 (§ 18)

Zu Buchstabe a

Die Ersetzung der Wörter "Gebietsbezeichnung" und "Teilgebietsbezeichnung" in der Regelung des § 18 Abs. 1 Satz 3 Buchstabe a, in der bestimmt ist, welche Unterlagen dem Antrag auf Zulassung beizufügen sind, durch die Wörter "Facharztbezeichnung und Schwerpunktbezeichnung" passt die Terminologie an die in den Weiterbildungsordnungen verwandten Begriffe an; nicht erst § 3 der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO-Ä), sondern bereits die MWBO-Ä aus dem Jahre 1992 sah in § 2 vor, dass der Arzt bei entsprechender Weiterbildung das Recht zum Führen einer Facharztbezeichnung, einer Schwerpunktbezeichnung und einer Zusatzbezeichnung erwerben könne.

Zu Buchstaben b und c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V, mit der dem Vertragsarzt ermöglicht wird, seinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages zu beschränken. Der neue Buchstabe c sieht daher für den Fall einer Beantragung einer Zulassung vor, dass der Vertragsarzt seinem

Zulassungsantrag eine entsprechende Erklärung beizufügen hat, wenn er seinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages beschränken möchte. Ist der Arzt bereits im Besitz einer Zulassung bedarf es einer gesonderten Erklärung nach § 19a Abs. 2 - neu -.

Für medizinische Versorgungszentren gilt die Vorschrift nach § 1 Abs. 3 nur entsprechend. Dies führt dazu, dass es einem medizinischen Versorgungszentrum nicht möglich ist, eine Erklärung abzugeben, mit der es seinen Versorgungsauftrag auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränkt. So würde es dem Wesen eines medizinischen Versorgungszentrum als einer nach der Legaldefinition des § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V ärztlich geleiteten Einrichtung, das in der Rechtsform der juristischen Person betrieben werden kann und nach seinem Zweck umfassende medizinische Dienstleistungen unter einem Dach anbieten soll, widersprechen, wenn dieses nur über einen hälftigen Versorgungsauftrag verfügen könnte. Zudem ergibt sich bereits aus § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V, dass in einem medizinischen Versorgungszentrum mindestens zwei Ärzte tätig sein müssen.

Nicht ausgeschlossen ist hingegen, dass das medizinische Versorgungszentrum unter Berücksichtigung dieser Anforderung – wie bereits nach geltenden Recht – über weitere beschränkte Versorgungsaufträge verfügen kann. Ebenso möglich ist es, dass die in einem medizinischen Versorgungszentrum arbeitenden Vertragsärzte nur über eine Zulassung mit einem hälftigen Versorgungsvertrag verfügen.

Zu Nummer 4 (Überschrift VI. Abschnitt)

Redaktionelle Änderung

Zu Nummer 5 (§ 19a)

Der neue § 19a konkretisiert als Folgeänderung zur Änderung des § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V, die nach dieser Vorschrift für den Vertragsarzt künftig bestehende Möglichkeit, seinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages zu beschränken.

Absatz 1 stellt zunächst in Anlehnung an die bisherige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 20 Abs. 1 klar, dass der zeitliche Umfang des Versorgungsauftrages

eines Vertragsarztes, wie er regelhaft aus der Zulassung folgt, den Arzt verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben. Dabei steht dem Merkmal einer vollzeitigen Tätigkeit nicht entgegen, wenn der Vertragsarzt eine Nebentätigkeit ausübt, die sich in dem vom Bundessozialgericht bestimmten Rahmen bewegt. Nur im Falle einer solchen vollzeitigen Tätigkeit steht er entsprechend § 20 Abs. 1 in erforderlichem Maße für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung. Der Regelungsinhalt des Absatzes 1 entspricht damit dem bisherigen, durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts konkretisierten Recht.

Absatz 2 gibt dem Arzt das Recht, durch Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss den Versorgungsauftrag auf die Hälfte zu beschränken. Die Erklärung hat schriftlich zu erfolgen. Zu unterscheiden sind zwei Fälle der Abgabe einer solchen Erklärung: Der Arzt kann die Erklärung entweder bereits im Rahmen der Beantragung einer Zulassung abgeben (vgl. hierzu § 18 Abs. 1 Satz 3 Buchstabe c - neu - Ärzte-ZV). Möglich ist aber auch der Fall, dass der Inhaber einer Zulassung mit einem unbeschränkten Versorgungsauftrag diesen nachträglich reduzieren möchte.

Während die Beschränkung des Versorgungsauftrags im ersten Fall im Rahmen des Beschlusses des Zulassungsausschusses nach § 19 Abs. 1 Satz 1 über den Antrag der Zulassung festgestellt wird, bedarf es bei einer nachträglichen Reduzierung des Versorgungsauftrags eines gesonderten, den ursprünglichen Versorgungsauftrag abändernden Beschlusses des Zulassungsausschusses. In beiden Fällen erhält der Arzt eine sog. "Teilzulassung".

Will ein Vertragsarzt seine Tätigkeit später (wieder) auf eine vollzeitige Tätigkeit erweitern, bedarf es nach Absatz 3 eines erneuten Zulassungsverfahrens und eines erneuten Beschlusses des Zulassungsausschusses nach § 19 Abs. 1 Satz 1. Voraussetzung für die Umwandlung des beschränkten Versorgungsauftrages in einen unbeschränkten Versorgungsauftrag ist die Erfüllung der üblichen Voraussetzungen für eine Zulassung. Ein Antrag auf Erweiterung der Teilzulassung kann deshalb z.B. wegen bestehender Zulassungsbeschränkungen abgelehnt werden. Keine Anwendung findet allerdings die Vorschrift des § 25. Dem Vertragsarzt ist es daher auch jenseits des 55. Lebensjahres möglich, seine Zulassung (wieder) auf eine Vollzeittätigkeit zu erweitern.

Hinsichtlich der Anwendbarkeit der Regelung auf medizinische Versorgungszentren gilt das in der Begründung zu § 18 Abs. 1 Satz 3 Buchstabe c - neu - Ausgeführte.

Zu Nummer 6 (§ 20 Abs. 2)

Die Änderung ermöglicht zunächst, dass ein Vertragsarzt über die bereits von der Rechtsprechung anerkannten Fälle der nicht patientenbezogenen Tätigkeit hinaus (BSGE 81, 143 m.w.N. - Arzt für Pathologie -) in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V abgeschlossen worden ist, tätig sein kann oder mit einer solchen Einrichtung kooperieren kann, ohne dass damit seine Eignung als Vertragsarzt in Frage gestellt ist. Dies gilt sowohl für die Fälle, in denen der Arzt als angestellter Arzt der Organisationshoheit des Krankenhauses unterworfen ist (so in BSGE 81, 143; vgl. oben), als auch für die Fälle, in denen der Arzt in anderer Form mit dem Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung kooperiert (z.B. als Konsiliararzt, der vom Krankenhaus zur Beratung oder Mitbehandlung herangezogen wird).

Mit der Änderung wird weiter klargestellt, dass ein Arzt als Angestellter gleichzeitig in einem Krankenhaus und in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sein kann. Dies ergibt sich bereits – auch ohne Änderung des § 20 Abs. 2 – aus Folgendem: Der Gesetzgeber hat die Regelungen zu den medizinischen Versorgungszentren in Kenntnis der älteren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 20 Abs. 2 (BSGE 81, 143 m.w.N.; vgl. oben) getroffen. Durch die Zulassung der Krankenhäuser als Gründer von medizinischen Versorgungszentren in § 95 Abs. 1 Satz 3, 2. Halbsatz SGB V hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass er eine enge Verzahnung von Krankenhäusern und medizinischen Versorgungszentren anstrebt. Diese enge Verzahnung durch Trägeridentität kann jedoch nur dann wirtschaftlich sinnvoll ausgestaltet werden, wenn es dem Träger auch gestattet ist, die personellen Ressourcen optimal zu nutzen und das Personal sowohl im Krankenhaus als auch im medizinischen Versorgungszentrum einzusetzen. Es ist daher davon auszugehen, dass nach dem Willen des Gesetzgebers § 20 Abs. 2 schon bisher so auszulegen ist, dass das Zulassungsrecht der gleichzeitigen Anstellung eines Arztes im Krankenhaus und im medizinischen Versorgungszentrum nicht entgegensteht, so dass eine derartige Beschäftigung vertragsarztrechtlich möglich ist.

Allerdings ist diese Auslegung nicht unumstritten. Einzelne Zulassungsausschüsse haben § 20 Abs. 2 auf die gleichzeitige Tätigkeit von Ärzten im medizinischen Versorgungszentrum und Krankenhaus angewandt und eine derartige Tätigkeit wegen der oben genannten Rechtsprechung ausgeschlossen.

Um eine einheitliche und klare Rechtsanwendung zu ermöglichen, stellt die Ergänzung des § 20 Abs. 2 nunmehr auch sicher, dass ein Arzt als Angestellter gleichzeitig in einem Krankenhaus und in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sein kann. Diese Rechtsfolge folgt aus

§ 1 Abs. 3, der regelt, dass die Zulassungsverordnung – und damit auch der § 20 Abs. 2 in der geänderten Fassung – u.a. für die in medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte entsprechend gilt. Soweit der neue Satz 2 des § 20 Abs. 2 daher einem Vertragsarzt ausdrücklich ermöglicht, gleichzeitig in einem Krankenhaus tätig zu sein, gilt dies über die Regelung des § 1 Abs. 3 nunmehr auch für den in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Arzt.

Gleiches gilt für die gleichzeitige Tätigkeit als angestellter Arzt in einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung und in einem medizinischen Versorgungszentrum.

Die gleichzeitige Anstellung in einer Vertragsarztpraxis nach § 95 Abs. 9 SGB V und in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ist ebenfalls möglich. Dies ergab sich in der Vergangenheit daraus, dass eine entsprechende Geltung der Zulassungsverordnung auf die in Vertragsarztpraxen angestellten Ärzte – anders als bei den in medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzten (§ 1 Abs. 3) – nicht angeordnet war. Durch die Änderung des § 1 Abs. 3 gilt § 20 Abs. 2 nunmehr ausdrücklich auch für die bei Vertragsärzten angestellten Ärzte entsprechend.

Diese Änderung, insbesondere die Möglichkeit der gleichzeitigen Tätigkeit von angestellten Ärzten in einem Krankenhaus und in einem medizinischen Versorgungszentrum, stellt einen wichtigen Beitrag zur besseren Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung dar. Krankenhäuser, die Träger eines medizinischen Versorgungszentrums sind, erhalten die Möglichkeit, die personellen Ressourcen optimal zu nutzen, indem sie das zahnärztliche Personal sowohl im Krankenhaus als auch im medizinischen Versorgungszentrum einsetzen.

Zu Nummer 7 (§ 24)

Zu Buchstabe a

Die neuen Absätze 3 und 4 vollziehen für den Vertragsarzt die durch den 107. Deutschen Ärztetag 2004 in § 17 Abs. 2 MBO-Ä vorgenommene Lockerung der Bindung des Arztes an seinen Vertragsarztsitz nach, soweit dies mit der spezifischen Pflicht eines Vertragsarztes, die vertragsärztliche Versorgung an seinem Vertragsarztsitz zu gewährleisten (vgl. § 95 Abs. 1 Satz 4 und Absatz 3 SGB V i.V.m. den Regelungen zur regionalen Bedarfsplanung), vereinbar ist.

Nach den alten berufsrechtlichen Regelungen der "Muster-Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte" (MBO-Ä a.F.) waren neben der Pflicht zur Sprechstunde am Praxissitz Sprechstunden in Zweigpraxen zulässig, sofern dies zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung **erforderlich war**. Die Durchführung spezieller Untersuchungen und Behandlungen war in ausgelagerten Praxisräumen in räumlicher Nähe zum Praxissitz des Arztes zulässig (§ 18 MBO-Ä a.F.). Vertragsarztrechtlich ist bisher in § 15a Abs. 1 der Bundesmantelverträge-Ärzte (BMV-Ä) geregelt, dass Vertragsärzte Sprechstunden in einer im Bezirk ihrer Kassenärztlichen Vereinigung gelegenen Zweigpraxis mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung abhalten dürfen, wenn die Zweigpraxis zur Sicherung einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung erforderlich ist. Daneben dürfen Vertragsärzte – genehmigungsfrei – in räumlicher Nähe zu ihrem Vertragsarztsitz ausgelagerte Praxisräume für spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unterhalten (hier jedoch keine Sprechstunden abhalten).

Die berufsrechtliche Neuregelung in § 17 Abs. 2 MBO-Ä gestattet es den Ärzten, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein, sofern sie Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patienten an jedem Ort ihrer Tätigkeit treffen.

Diese berufsrechtliche Änderung wird in Absatz 3 in der Weise umgesetzt, dass dem Vertragsarzt ermöglicht wird, neben der Tätigkeit an seinem Vertragsarztsitz an weiteren Orten tätig zu sein, wenn dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten **verbessert** und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz nicht gefährdet; **eine bestimmte Höchstzahl der weiteren Orte gibt das Vertragsarztrecht anders als die MBO-Ä nicht vor (Satz 1)**. Befindet sich der Ort der weiteren Tätigkeit im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, dessen Mitglied der Vertragsarzt ist, hat der Vertragsarzt die Aufnahme der weiteren Tätigkeit seiner Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen (Satz 2). Befindet sich der Ort der weiteren Tätigkeit im Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung, benötigt der Vertragsarzt für diese Tätigkeit eine Ermächtigung des zuständigen Zulassungsausschusses (Satz 3). Hat er eine solche Ermächtigung erhalten, muss er dies der für ihn zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung anzeigen. Das Institut der Ermächtigung für die Erbringung von Leistungen im Bezirk der fremden Kassenärztlichen Vereinigung ist sachgerecht, weil der Vertragsarzt dadurch – bezogen auf diese Leistungen – in das Leistungserbringersystem der fremden Kassenärztlichen Vereinigung (z.B. Abrechnung, Honorarverteilungsmaßstab, Disziplinalgewalt) integriert wird (vgl. § 95 Abs. 4 SGB V). Die an sich für Ermächtigungen nach § 31 Abs. 9 Satz 1 – im Regelfall – geltende Altersgrenze von 55 Jahren ist auf die Ermächtigung zur Erbringung dieser vertragsärztlichen Leistungen nicht anzuwenden, weil diese Ermächtigung Ärzte betrifft, die bereits vertragsärztliche Leistungserbringer sind und ihre

wirtschaftliche Basis in ihrer Vertragsarztstätigkeit haben (Satz 5). Die Regelung in Satz 6 erlaubt dem Vertragsarzt, die auf Grund der Ermächtigung zu versorgenden Versicherten auch unter Mithilfe der Ärzte zu behandeln, die er für die Ausübung seiner Vertragsarztstätigkeit am Vertragsarztsitz angestellt hat. Außerdem darf der Vertragsarzt für die Leistungserbringung an den weiteren Orten, an denen er auf Grund einer Ermächtigung nach Satz 3 tätig ist, in dem Umfang angestellte Ärzte beschäftigen, wie es ihm vertragsarztrechtlich erlaubt wäre (vgl. § 95 Abs. 9 SGB V), wenn er an diesen Orten seinen Vertragsarztsitz hätte (Satz 7). Diese Sonderregelungen in Satz 6 und 7 sind notwendig, da nach § 32a Satz 1 ermächtigte Ärzte anders als Vertragsärzte ihre Leistungen nicht durch angestellte Ärzte erbringen lassen dürfen. Keine Anzeigepflicht besteht für die weitere Tätigkeit eines Vertragsarztes außerhalb seines Vertragsarztsitzes an weiteren Orten, sofern der Vertragsarzt dort als Mitglied einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft an einem (anderen) Vertragsarztsitz dieser Gemeinschaft tätig ist (Satz 8). Dennoch bleibt seine vertragsärztliche Pflicht, die Versorgung der Versicherten an seinem Vertragsarztsitz sicherzustellen, bestehen, sofern diese Verpflichtung nicht nach § 33 Abs. 2 von der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft zu erfüllen ist.

Absatz 4 bestimmt für **ausgelagerte Praxisräume** (spezielle Untersuchungs- und Behandlungsräume in räumlicher Nähe zur Vertragsarztpraxis, vgl. § 18 Abs. 2 MBO-Ä - alt -), die nach geltendem Recht genehmigungsfrei sind, vgl. § 15a Abs. 2 BMV-Ä, eine Anzeigepflicht, damit die Kassenärztliche Vereinigung in der Lage ist, die Einhaltung der Anforderungen an ausgelagerte Praxisräume zu überprüfen.

Der neue Absatz 5 entspricht dem alten Absatz 3 und passt lediglich die Terminologie durch Ersetzen des Begriffes "Fachgebiet" durch "Facharztbezeichnung" der neuen MWBO-Ä an. Aufgrund der Regelung in § 1 Abs. 3 gilt die Vorschrift für den Wechsel der Facharztbezeichnung des in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 SGB V angestellten Arztes sowie des bei einem Vertragsarzt nach § 95 Abs. 9 SGB V angestellten Arztes entsprechend. Dies ist sachgerecht, weil die Anforderung an die Facharztbezeichnung, deren Erfüllung Voraussetzung für die Genehmigung der Anstellung ist, während der gesamten Dauer der Anstellung erfüllt sein muss.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu der unter Buchstabe a vorgenommenen Einfügung der neuen Absätze 3 bis 5.

Zu Nummer 8 (§ 25)

§ 25 sieht in Umsetzung des § 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V bislang vor, dass die Zulassung eines Arztes, der das 55. Lebensjahr vollendet hat, ausgeschlossen ist. Eine Ausnahme hiervon ist nur möglich, wenn dies zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist. Die Änderung hält an der Altersgrenze von 55 Jahren für den Zugang zur Zulassung grundsätzlich fest, öffnet die Regelung jedoch für unterversorgte Gebiete, in dem sie dem Zulassungsausschuss aufgibt, auch Ärztinnen und Ärzte, die bereits die Altersgrenze von 55 Jahren überschritten haben, zuzulassen, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 16 Abs. 2 eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat (Nummer 1).

Die Änderung stellt zudem klar, dass die 55-Jahresgrenze weder für angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren noch für angestellte Ärzte bei Vertragsärzten gilt (Nummer 2).

Zu Nummer 9 (Überschrift IX. Abschnitt)

Redaktionelle Änderung

Zu Nummer 10 (§ 32b)

Bei der Neufassung des § 32b Abs. 1 handelt es sich zum einen um eine Folgeänderung zu der in § 95 Abs. 9 und 9a SGB V getroffenen Neuregelung der Anstellung von Ärzten durch Vertragsärzte. Zum anderen wird die bisherige Vorschrift, dass die Regelung nicht für medizinische Versorgungszentren gilt, gestrichen. Damit gilt § 32b Abs. 1 künftig – ebenso wie bereits nach geltendem Recht die Absätze 2 und 4 – gemäß § 1 Abs. 3 auch für die Anstellung von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren.

Zu Nummer 11 (§ 33)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung ermöglicht medizinischen Versorgungszentren eine gemeinsame Beschäftigung von **Ärzten und Zahnärzten**. Eine solche gemeinsame Beschäftigung kann z.B. in so genannten **"Kopfzentren"** sinnvoll sein.

Zu Buchstabe b

Der neu gefasste Absatz 2 regelt – in Anlehnung an die auf dem 107. Deutschen Ärztetag 2004 in der neuen (Muster-)Berufsordnung getroffenen Empfehlungen zur berufsrechtlichen Erleichterung der Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten – die vertragsärztlichen Anforderungen an die gemeinsame Berufsausübung der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer.

Sätze 1 und 2 legen fest, dass Berufsausübungsgemeinschaften (z.B. BGB-Gesellschaft und Partnerschaftsgesellschaft) sowohl mit einem einzigen Vertragsarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) als auch mit mehreren Vertragsarztsitzen (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) zulässig sind. Dabei wird anstelle des Begriffs "Vertragsarzt" der umfassendere Begriff "zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer" gewählt, um zu verdeutlichen, dass vertragsärztlich nicht nur Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten, sondern zwischen allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern, also Ärzten, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren, zulässig sind und bezüglich der medizinischen Versorgungszentren auch unabhängig davon, ob sie als juristische Personen oder als Personengesellschaften organisiert sind. Satz 2, 2. Halbsatz erlaubt der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft, die Versorgungsaufträge an den einzelnen Vertragsarztsitzen durch jedes entsprechend fachlich qualifizierte Mitglied zu erfüllen, da für die Mitglieder der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft bezogen auf ihre Tätigkeit für die Berufsausübungsgemeinschaft keine Präsenzpflcht an ihren eigenen Vertragsarztsitzen besteht (vgl. § 24 Abs. 3 Satz 8 - neu -, der regelt, dass die Tätigkeit eines Vertragsarztes außerhalb seines eigenen Vertragsarztsitzes an anderen Vertragsarztsitzen seiner überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft genehmigungsfrei ist); außerdem kann eine Berufsausübungsgemeinschaft ebenso wie ein Vertragsarzt Ärzte anstellen sowie an jedem ihrer Vertragsarztsitze entsprechend dem Versorgungsbedarf einsetzen. Satz 3 erlaubt die Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften zur Übernahme spezifischer, auf die Erbringung bestimmter Leistungen bezogener Behandlungsaufträge, z.B. Kinderarzt und Neurologe bilden – neben ihren weiterhin bestehenden Einzelpraxen – eine Berufsausübungsgemeinschaft zur Behandlung kinderneurologischer Erkrankungen; nicht erlaubt werden allerdings so genannte Kickback-Konstellationen, bei denen ein Arzt eines therapieorientierten Fachgebietes (z.B. Gynäkologe) eine Berufsausübungsgemeinschaft eingeht mit einem Arzt eines Methodenfaches (z.B. Labor), um das berufsrechtliche Verbot der Zuweisung gegen Entgelt zu unterlaufen. Satz 4 bindet die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit der Berufsausübungsgemeinschaft an die vorherige Genehmigung des Zulassungsausschusses; der Grund dafür ist, dass die



Genehmigung statusbegründend ist und deshalb nicht ex tunc wirkt. Die Genehmigung kann zur Sicherung der Erfüllung der vertragsarztrechtlichen Anforderungen an die Leistungserbringung der Berufsausübungsgemeinschaft mit Nebenbestimmungen gemäß § 32 Abs. 1 SGB X versehen werden (vgl. BSGE 55, 97 (105)). Satz 5 trifft eine Zuständigkeitsregelung für das Genehmigungsverfahren in Fällen, in denen sich überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften über mehrere Zulassungsbezirke erstrecken. Sätze 6 und 7 geben überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, deren Mitglieder mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen angehören, auf, für einen bestimmten Zeitraum einen ihrer Vertragsarztsitze als denjenigen zu bestimmen, der sowohl für die Genehmigungsentscheidung als auch für die Abwicklung der Leistungserbringung an allen ihren Vertragsarztsitzen maßgeblich ist. Die Genehmigungsentscheidung des betreffenden Zulassungsausschusses entfaltet deshalb Wirkung auch für die nicht am Genehmigungsverfahren beteiligten anderen Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bezirke die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft tätig ist, und für die dortigen Kassenverbände.

Die weiteren zur Abwicklung der Leistungserbringung der sich über mehrere Bezirke von Kassenärztlichen Vereinigungen erstreckenden überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften erforderlichen Vorgaben sind in den Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Nr. 2 SGB V sowie in den Bundesmantelverträgen zu regeln; die Kompetenz zum notwendigen Datenaustausch wird durch eine Ergänzung des § 285 Abs. 3 SGB V geschaffen.

Zu Nummer 12 (§ 36)

Die Regelung stellt sicher, dass auch die Patientenvertreterinnen und -vertreter zu den Sitzungen des Zulassungsausschusses unter Einhaltung der für Mitglieder des Zulassungsausschusses geltenden Frist unter Angabe der Tagesordnung geladen werden.

Zu Nummer 13 (§ 40)

Die Regelung stellt klar, dass auch die Patientenvertreterinnen und -vertreter in den Sitzungen des Zulassungsausschusses sachdienliche Fragen stellen können.

Zu Nummer 14 (§ 41 Abs. 1)

Als Folgeänderung zur der in § 140f Abs. 3 SGB V erfolgten Klarstellung, dass das Mitberatungsrecht der Patientenvertreterin und -vertreter auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung beinhaltet, erfolgt eine entsprechende Klarstellung in § 41 Abs. 1.

Zu Nummer 15 (§ 44)

Die Änderung streicht das auch im sonstigen verwaltungs- oder sozialgerichtlichen Vorverfahren nicht vorgesehene Erfordernis, dass der Widerspruch nicht nur binnen eines Monats erhoben, sondern auch mit Gründen versehen werden muss.

Das Bundessozialgericht hält das Begründungserfordernis zwar im Grundsatz mit den Vorgaben des Artikel 19 Abs. 4 Satz 1 GG für vereinbar (eine Ausnahme hat es mit Urteil vom 23. Februar 2005 - B 6 KA 70/03 R - lediglich für Drittbetroffene bejaht, die nicht zum Verwaltungsverfahren hinzugezogen wurden). Gleichwohl soll an diesem Erfordernis nicht mehr festgehalten werden. Die Begründungspflicht wurde in der täglichen Praxis – auch von Rechtsanwälten – häufig übersehen. Dies hat erhebliche Folgen, weil die fehlende Begründung zur Unzulässigkeit des Widerspruchs führt.

Zu Nummer 16 (§ 46)

Seit Jahren wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine deutliche (vierfache) Erhöhung der Gebühren für die Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen gefordert, weil die seit fast 30 Jahren (zuletzt 1977) nicht mehr veränderten Gebühren bei weitem nicht die Kosten decken und ca. 75 % aus Haushaltsmitteln der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen aufzubringen sind.

Die Gebühren werden um das Vierfache erhöht. Im Übrigen handelt es sich um notwendige redaktionelle Änderungen.

Zu Artikel 6 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)

Zu Nummer 1 (§ 1 Abs. 3)

Die Änderung sieht vor, dass die Verordnung auch für die bei Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte entsprechend gilt. Die bei Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte werden damit den bei medizinischen Versorgungszentren angestellten Zahnärzten gleichgestellt, für die die Verordnung schon in der Vergangenheit entsprechend galt.

Zu Nummer 2 (§ 12)

Folgeänderung zu der mit den GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) erfolgten Einführung eines Gemeinsamen Bundesausschusses durch § 91 SGB V.

Zu Nummer 3 (§ 18 Abs. 1)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V, mit der dem Vertragszahnarzt ermöglicht wird, seinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages zu beschränken. Der neue Buchstabe c sieht daher für den Fall einer Beantragung einer Zulassung vor, dass der Vertragszahnarzt seinem Zulassungsantrag eine entsprechende Erklärung darüber beizufügen hat, wenn er seinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages beschränken möchte. Ist der Zahnarzt bereits im Besitz einer Zulassung bedarf es einer gesonderten Erklärung nach § 19a Abs. 2 - neu -.

Für medizinische Versorgungszentren gilt die Vorschrift nach § 1 Abs. 3 nur entsprechend. Dies führt dazu, dass es einem medizinischen Versorgungszentrum nicht möglich ist, eine Erklärung abzugeben, mit der es seinen Versorgungsauftrag auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränkt. So würde es dem Wesen eines medizinischen Versorgungszentrum als einer nach der Legaldefinition des § 95 Abs. 1 Satz 2 ärztlich geleiteten Einrichtung, das in der Rechtsform der juristischen Person betrieben werden kann und nach seinem Zweck umfassende medizinische Dienstleistungen unter einem Dach anbieten soll, widersprechen, wenn dieses nur über einen hälftigen Versorgungsauftrag verfügen könnte. Zudem ergibt sich bereits aus § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V, dass in einem medizinischen Versorgungszentrum mindestens zwei Zahnärzte tätig sein müssen.

Nicht ausgeschlossen ist hingegen, dass das medizinische Versorgungszentrum unter Berücksichtigung dieser Anforderung – wie bereits nach geltenden Recht – über weitere beschränkte Versorgungsaufträge verfügen kann. Ebenso möglich ist es, dass die in einem

medizinischen Versorgungszentrum arbeitenden Vertragszahnärzte nur über eine Zulassung mit einem hälftigen Versorgungsvertrag verfügen.

Zu Nummer 4 (Überschrift VI. Abschnitt)

Redaktionelle Änderung

Zu Nummer 5 (§ 19a)

Der neue § 19a konkretisiert als Folgeänderung zur Änderung des § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V, die nach dieser Vorschrift für den Vertragszahnarzt künftig bestehende Möglichkeit, seinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages zu beschränken.

Absatz 1 stellt zunächst in Anlehnung an die bisherige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV klar, dass der zeitliche Umfang des Versorgungsauftrages eines Vertragszahnarztes, wie er regelhaft aus der Zulassung folgt, den Zahnarzt verpflichtet, die vertragszahnärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben. Dabei steht dem Merkmal einer vollzeitigen Tätigkeit nicht entgegen, wenn der Vertragszahnarzt eine Nebentätigkeit ausübt, die sich in dem vom Bundessozialgericht bestimmten Rahmen bewegt. Nur im Falle einer solchen vollzeitigen Tätigkeit steht er entsprechend § 20 Abs. 1 in erforderlichem Maße für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung. Der Regelungsinhalt des Absatzes 1 entspricht damit dem bisherigen, durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts konkretisierten Recht.

Absatz 2 gibt dem Zahnarzt das Recht, durch Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss den Versorgungsauftrag auf die Hälfte zu beschränken. Die Erklärung hat schriftlich zu erfolgen. Zu unterscheiden sind zwei Fälle der Abgabe einer solchen Erklärung: Der Zahnarzt kann die Erklärung entweder bereits im Rahmen der Beantragung einer Zulassung abgeben (vgl. hierzu § 18 Abs. 1 Satz 3 Buchstabe c - neu -). Möglich ist aber auch der Fall, dass der Inhaber einer Zulassung mit einem unbeschränkten Versorgungsauftrag diesen nachträglich reduzieren möchte.

Während die Beschränkung des Versorgungsauftrags im ersten Fall im Rahmen des Beschlusses des Zulassungsausschusses nach § 19 Abs. 1 Satz 1 über den Antrag der Zulassung festgestellt wird, bedarf es bei einer nachträglichen Reduzierung des Versorgungsauftrags eines gesonderten, den ursprünglichen Versorgungsauftrag abändernden Beschlusses des Zulassungsausschusses. In beiden Fällen erhält der Zahnarzt eine sog. "Teilzulassung".

Will ein Vertragszahnarzt seine Tätigkeit später (wieder) auf eine vollzeitige Tätigkeit erweitern, bedarf es nach Absatz 3 eines erneuten Zulassungsverfahrens und eines erneuten Beschlusses des Zulassungsausschusses nach § 19 Abs. 1 Satz 1. Voraussetzung für die Umwandlung des beschränkten Versorgungsauftrages in einen unbeschränkten Versorgungsauftrag ist die Erfüllung der üblichen Voraussetzungen für eine Zulassung. Ein Antrag auf Erweiterung der Teilzulassung kann deshalb z.B. wegen bestehender Zulassungsbeschränkungen abgelehnt werden. Keine Anwendung findet allerdings die Vorschrift des § 25. Dem Vertragszahnarzt ist es daher auch jenseits des 55. Lebensjahres möglich, seine Zulassung (wieder) auf eine Vollzeittätigkeit zu erweitern.

Hinsichtlich der Anwendbarkeit der Regelung auf medizinische Versorgungszentren gilt das in der Begründung zu § 18 Abs. 1 Satz 3 Buchstabe c - neu - ausgeführte.

Zu Nummer 6 (§ 20 Abs. 2)

Die Änderung ermöglicht zunächst, dass ein Vertragszahnarzt über die bereits von der Rechtsprechung anerkannten Fälle der nicht patientenbezogenen Tätigkeit hinaus (BSGE 81, 143 m.w.N. zur vertragsärztlichen Versorgung - Arzt für Pathologie -) in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V abgeschlossen worden ist, tätig sein kann oder mit einer solchen Einrichtung kooperieren kann, ohne dass damit seine Eignung als Vertragszahnarzt in Frage gestellt ist. Dies gilt sowohl für die Fälle, in denen der Zahnarzt als angestellter Zahnarzt der Organisationshoheit des Krankenhauses unterworfen ist, als auch für die Fälle, in denen der Zahnarzt in anderer Form mit dem Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung kooperiert (z.B. als Konsiliarzahnarzt, der vom Krankenhaus zur Beratung oder Mitbehandlung herangezogen wird).

Mit der Änderung wird weiter klargestellt, dass ein Zahnarzt als Angestellter gleichzeitig in einem Krankenhaus und in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sein kann. Dies

ergibt sich bereits – auch ohne Änderung des § 20 Abs. 2 – aus Folgendem: Der Gesetzgeber hat die Regelungen zu den medizinischen Versorgungszentren in Kenntnis der älteren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu § 20 Abs. 2 (BSGE 81, 143; vgl. oben) getroffen. Durch die Zulassung der Krankenhäuser als Gründer von medizinischen Versorgungszentren in § 95 Abs. 1 Satz 3, 2. Halbsatz SGB V hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass er eine enge Verzahnung von Krankenhäusern und medizinischen Versorgungszentren anstrebt. Diese enge Verzahnung durch Trägeridentität kann jedoch nur dann wirtschaftlich sinnvoll ausgestaltet werden, wenn es dem Träger auch gestattet ist, die personellen Ressourcen optimal zu nutzen und das Personal sowohl im Krankenhaus als auch im medizinischen Versorgungszentrum einzusetzen. Es ist daher davon auszugehen, dass nach dem Willen des Gesetzgebers § 20 Abs. 2 schon bisher so auszulegen ist, dass das Zulassungsrecht der gleichzeitigen Anstellung eines Zahnarztes im Krankenhaus und im medizinischen Versorgungszentrum nicht entgegensteht, so dass eine derartige Beschäftigung vertragszahnrechtlich möglich ist.

Allerdings ist diese Auslegung nicht unumstritten. Einzelne Zulassungsausschüsse haben § 20 Abs. 2 auf die gleichzeitige Tätigkeit von Ärzten im medizinischen Versorgungszentrum und Krankenhaus angewandt und eine derartige Tätigkeit wegen der oben genannten Rechtsprechung ausgeschlossen.

Um eine einheitliche und klare Rechtsanwendung zu ermöglichen, stellt die Ergänzung des § 20 Abs. 2 nunmehr auch sicher, dass ein Zahnarzt als Angestellter gleichzeitig in einem Krankenhaus und in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sein kann. Diese Rechtsfolge folgt aus § 1 Abs. 3, der regelt, dass die Zulassungsverordnung – und damit auch der § 20 Abs. 2 in der geänderten Fassung – u.a. für die in medizinischen Versorgungszentren angestellten Zahnärzte entsprechend gilt. Soweit der neue Satz 2 des § 20 Abs. 2 daher einem Vertragszahnarzt ausdrücklich ermöglicht, gleichzeitig in einem Krankenhaus tätig zu sein, gilt dies über die Regelung des § 1 Abs. 3 nunmehr auch für den in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Zahnarzt.

Gleiches gilt für die gleichzeitige Tätigkeit als angestellter Zahnarzt in einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung und in einem medizinischen Versorgungszentrum.

Die gleichzeitige Anstellung in einer Vertragszahnarztpraxis nach § 95 Abs. 9 SGB V und in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ist ebenfalls möglich.

Dies ergab sich in der Vergangenheit daraus, dass eine entsprechende Geltung der Zulassungsverordnung auf die in Vertragszahnarztpraxen angestellten Zahnärzte – anders als

bei den in medizinischen Versorgungszentren angestellten Zahnärzten (§ 1 Abs. 3) – nicht angeordnet war. Durch die Änderung des § 1 Abs. 3 gilt § 20 Abs. 2 nunmehr ausdrücklich auch für die bei Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte entsprechend.

Diese Änderung, insbesondere die Möglichkeit der gleichzeitigen Tätigkeit von angestellten Zahnärzten in einem Krankenhaus und in einem medizinischen Versorgungszentrum, stellt einen wichtigen Beitrag zur besseren Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung dar. Krankenhäuser, die Träger eines medizinischen Versorgungszentrums sind, erhalten die Möglichkeit, die personellen Ressourcen optimal zu nutzen, indem sie das zahnärztliche Personal sowohl im Krankenhaus als auch im medizinischen Versorgungszentrum einsetzen.

Zu Nummer 7 (§ 24)

Zu Buchstabe a

Die neuen Absätze 3 und 4 vollziehen für den Vertragszahnarzt die in § 9 Abs. 2 der "Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer" (MBO-Zahnärzte) vorgenommene Lockerung der Bindung des Zahnarztes an seinen Vertragszahnarztsitz nach, soweit dies mit der spezifischen Pflicht eines Vertragszahnarztes, die vertragszahnärztliche Versorgung an seinem Vertragszahnarztsitz zu gewährleisten (vgl. § 95 Abs. 1 Satz 4 und Absatz 3 SGB V i.V.m. den Regelungen zur regionalen Bedarfsplanung), vereinbar ist.

Nach den alten berufsrechtlichen Regelungen der "Musterberufsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen" (MBO-Zahnärzte a.F.) konnte mit vorheriger Zustimmung der Kammer widerruflich und befristet eine Zweigpraxis errichtet werden, sofern dies zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung erforderlich war (§ 5 Abs. 2 MBO-Zahnärzte a.F.). Die Durchführung spezieller Untersuchungen und Behandlungen war mit vorheriger Zustimmung der Kammer in ausgelagerten Praxisräumen in räumlicher Nähe zum Praxissitz des Zahnarztes zulässig (§ 5 Abs. 4 MBO-Zahnärzte a.F.). Vertragszahnarztrechtlich ist bisher in § 6 Abs. 6 der Bundesmantelverträge-Zahnärzte (BMV-Z) geregelt, dass Vertragszahnärzte Sprechstunden in einer im Bezirk ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung gelegenen Zweigpraxis mit Zustimmung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abhalten dürfen, wenn die Zweigpraxis zur Sicherung einer ausreichenden vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlich ist.

Die berufsrechtliche Neuregelung in § 9 Abs. 2 MBO-Zahnärzte gestattet es den Zahnärzten, über den Praxissitz hinaus an weiteren Orten zahnärztlich tätig zu sein, sofern sie

Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patienten an jedem Ort ihrer Tätigkeit treffen.

Diese berufsrechtliche Änderung wird in Absatz 3 in der Weise umgesetzt, dass dem Vertragszahnarzt ermöglicht wird, neben der Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz an weiteren Orten tätig zu sein, wenn dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz nicht gefährdet (Satz 1). Befindet sich der Ort der weiteren Tätigkeit im Bezirk der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, dessen Mitglied der Vertragszahnarzt ist, hat der Vertragszahnarzt die Aufnahme der weiteren Tätigkeit seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung anzuzeigen (Satz 2). Befindet sich der Ort der weiteren Tätigkeit im Bezirk einer anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigung, benötigt der Vertragsarzt für diese Tätigkeit eine Ermächtigung des zuständigen Zulassungsausschusses (Satz 3). Hat er eine solche Ermächtigung erhalten, muss er dies der für ihn zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung anzeigen. Das Institut der Ermächtigung für die Erbringung von Leistungen im Bezirk der fremden Kassenzahnärztlichen Vereinigung ist sachgerecht, weil der Vertragszahnarzt dadurch – bezogen auf diese Leistungen – in das Leistungserbringersystem der fremden Kassenzahnärztlichen Vereinigung (z.B. Abrechnung, Honorarverteilungsmaßstab, Disziplinalgewalt) integriert wird (vgl. § 95 Abs. 4 SGB V). Die an sich für Ermächtigungen nach § 31 Abs. 9 Satz 1 – im Regelfall – geltende Altersgrenze von 55 Jahren ist auf die Ermächtigung zur Erbringung dieser vertragszahnärztlichen Leistungen nicht anzuwenden, weil diese Ermächtigung Zahnärzte betrifft, die bereits vertragsärztliche Leistungserbringer sind und ihre wirtschaftliche Basis in ihrer Vertragszahnarztstätigkeit haben (Satz 5). Die Regelung in Satz 6 erlaubt dem Vertragszahnarzt, die auf Grund der Ermächtigung zu versorgenden Versicherten auch unter Mithilfe der Zahnärzte zu behandeln, die er für die Ausübung seiner Vertragszahnarztstätigkeit am Vertragszahnarztsitz angestellt hat. Außerdem darf der Vertragszahnarzt für die Leistungserbringung an den weiteren Orten, an denen er auf Grund einer Ermächtigung nach Satz 3 tätig ist, in dem Umfang angestellte Zahnärzte beschäftigen, wie es ihm vertragszahnarztrechtlich erlaubt wäre (vgl. § 95 Abs. 9 SGB V), wenn er an diesen Orten seinen Vertragszahnarztsitz hätte (Satz 7). Diese Sonderregelungen in Satz 6 und 7 sind notwendig, da nach § 32a Satz 1 ermächtigte Zahnärzte anders als Vertragszahnärzte ihre Leistungen nicht durch angestellte Zahnärzte erbringen lassen dürfen. Keine Anzeigepflicht besteht für die weitere Tätigkeit eines Vertragszahnarztes außerhalb seines Vertragszahnarztsitzes an weiteren Orten, sofern der Vertragszahnarzt dort als Mitglied einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft an einem (anderen) Vertragszahnarztsitz dieser Gemeinschaft tätig ist (Satz 8). Dennoch bleibt seine vertragszahnärztliche Pflicht, die Versorgung der Versicherten an seinem Vertragszahnarztsitz sicherzustellen, bestehen, sofern

diese Verpflichtung nicht nach § 33 Abs. 2 von der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft zu erfüllen ist.

Absatz 4 bestimmt für ausgelagerte Praxisräume (spezielle Untersuchungs- und Behandlungsräume in räumlicher Nähe zur Vertragszahnarztpraxis, vgl. § 5 Abs. 4 MBO-Zahnärzte - alt -), eine Anzeigepflicht, damit die Kassenzahnärztliche Vereinigung in der Lage ist, die Einhaltung der Anforderungen an ausgelagerte Praxisräume zu überprüfen.

Der neue Absatz 5 entspricht dem alten Absatz 3 und passt lediglich die Terminologie durch Ersetzen des Begriffes "Fachgebiet" durch "Gebietsbezeichnung" der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundeszahnärztekammer an. Aufgrund der Regelung in § 1 Abs. 3 gilt die Vorschrift für den Wechsel der Gebietsbezeichnung des in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 SGB V angestellten Zahnarztes sowie des bei einem Vertragszahnarzt nach § 95 Abs. 9 SGB V angestellten Zahnarztes entsprechend. Dies ist sachgerecht, weil die Anforderung an die Gebietsbezeichnung, deren Erfüllung Voraussetzung für die Genehmigung der Anstellung ist, während der gesamten Dauer der Anstellung erfüllt sein muss.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zu der unter Buchstabe a vorgenommenen Einfügung der neuen Absätze 3 bis 5.

Zu Nummer 8 (§ 25)

§ 25 sieht in Umsetzung des § 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V bislang vor, dass die Zulassung eines Zahnarztes, der das 55. Lebensjahr vollendet hat, ausgeschlossen ist. Eine Ausnahme hiervon ist nur möglich, wenn dies zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist. Die Änderung hält an der Altersgrenze von 55 Jahren für den Zugang zur Zulassung grundsätzlich fest, öffnet die Regelung jedoch für unterversorgte Gebiete, in dem sie dem Zulassungsausschuss aufgibt, auch Zahnärztinnen und Zahnärzte, die bereits die Altersgrenze von 55 Jahren überschritten haben, zuzulassen, wenn der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen nach § 16 Abs. 2 eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat (Nummer 1).

Die Änderung stellt zudem klar, dass die 55-Jahresgrenze weder für angestellte Zahnärzte in medizinischen Versorgungszentren noch für angestellte Zahnärzte bei Vertragszahnärzten gilt (Nummer 2).

Zu Nummer 9 (Überschrift IX. Abschnitt)

Redaktionelle Änderung

Zu Nummer 10 (§ 32b)

Bei der Neufassung des § 32b Abs. 1 handelt es sich zum einen um eine Folgeänderung zu der in § 95 Abs. 9 SGB V getroffenen Neuregelung der Anstellung von Zahnärzten durch Vertragszahnärzte. Zum anderen wird die bisherige Vorschrift, dass die Regelung nicht für medizinische Versorgungszentren gilt, gestrichen. Damit gilt § 32b Abs. 1 künftig – ebenso wie bereits nach geltendem Recht die Absätze 2 und 4 – gemäß § 1 Abs. 3 auch für die Anstellung von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren.

Zu Nummer 11 (§ 33)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung ermöglicht medizinischen Versorgungszentren eine gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten. Eine solche gemeinsame Beschäftigung kann z.B. in so genannten "Kopfzentren" sinnvoll sein.

Zu Buchstabe b

Der neu gefasste Absatz 2 regelt – in Anlehnung an die in der neuen Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer getroffenen Regelungen zu Berufsausübungsgemeinschaften von Zahnärzten – die vertragszahnarztrechtlichen Anforderungen an die gemeinsame Berufsausübung der zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer.

Sätze 1 und 2 legen fest, dass Berufsausübungsgemeinschaften (z.B. BGB-Gesellschaft und Partnerschaftsgesellschaft) sowohl mit einem einzigen Vertragszahnarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) als auch mit mehreren Vertragszahnarztsitzen (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) zulässig sind. Dabei wird anstelle des Begriffs

"Vertragszahnarzt" der umfassendere Begriff "zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer" gewählt, um zu verdeutlichen, dass vertragszahnarztrechtlich nicht nur Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Zahnärzten, sondern zwischen allen zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern, also Zahnärzten und medizinischen Versorgungszentren, zulässig sind und bezüglich der medizinischen Versorgungszentren auch unabhängig davon, ob sie als juristische Personen oder als Personengesellschaften organisiert sind. Satz 2, 2. Halbsatz erlaubt der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft, die Versorgungsaufträge an den einzelnen Vertragszahnarztsitzen durch jedes entsprechend fachlich qualifizierte Mitglied zu erfüllen, da für die Mitglieder der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft bezogen auf ihre Tätigkeit für die Berufsausübungsgemeinschaft keine Präsenzplicht an ihren eigenen Vertragszahnarztsitzen besteht (vgl. § 24 Abs. 3 Satz 8 - neu -, der regelt, dass die Tätigkeit eines Vertragszahnarztes außerhalb seines eigenen Vertragszahnarztsitzes an anderen Vertragszahnarztsitzen seiner überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft genehmigungsfrei ist); außerdem kann eine Berufsausübungsgemeinschaft ebenso wie ein Vertragszahnarzt Zahnärzte anstellen sowie an jedem ihrer Vertragszahnarztsitze entsprechend dem Versorgungsbedarf einsetzen. Satz 3 erlaubt die Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften zur Übernahme spezifischer, auf die Erbringung bestimmter Leistungen bezogener Behandlungsaufträge; nicht erlaubt werden allerdings so genannte Kickback-Konstellationen, bei denen ein Zahnarzt eines therapieorientierten Fachgebietes eine Berufsausübungsgemeinschaft eingeht mit einem Zahnarzt eines Methodenfaches, um das berufsrechtliche Verbot der Zuweisung gegen Entgelt zu unterlaufen. Satz 4 bindet die Aufnahme der vertragszahnärztlichen Tätigkeit der Berufsausübungsgemeinschaft an die vorherige Genehmigung des Zulassungsausschusses; der Grund dafür ist, dass die Genehmigung statusbegründend ist und deshalb nicht ex tunc wirkt. Die Genehmigung kann zur Sicherung der Erfüllung der vertragszahnarztrechtlichen Anforderungen an die Leistungserbringung der Berufsausübungsgemeinschaft mit Nebenbestimmungen gemäß § 32 Abs. 1 SGB X versehen werden (vgl. BSGE 55, 97 (105)). Satz 5 trifft eine Zuständigkeitsregelung für das Genehmigungsverfahren in Fällen, in denen sich überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften über mehrere Zulassungsbezirke erstrecken. Sätze 6 und 7 geben überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, deren Mitglieder mehreren Kassenzahnärztlichen Vereinigungen angehören, auf, für einen bestimmten Zeitraum einen ihrer Vertragszahnarztsitze als denjenigen zu bestimmen, der sowohl für die Genehmigungsentscheidung als auch für die Abwicklung der Leistungserbringung an allen ihren Vertragszahnarztsitzen maßgeblich ist. Die Genehmigungsentscheidung des betreffenden Zulassungsausschusses entfaltet deshalb Wirkung auch für die nicht am Genehmigungsverfahren beteiligten anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, in deren

Bezirke die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft tätig ist, und für die dortigen Kassenverbände.

Die weiteren zur Abwicklung der Leistungserbringung der sich über mehrere Bezirke von Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstreckenden überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften erforderlichen Vorgaben sind in den Richtlinien nach § 75 Abs. 7 Nr. 2 SGB V sowie in den Bundesmantelverträgen zu regeln; die Kompetenz zum notwendigen Datenaustausch wird durch eine Ergänzung des § 285 Abs. 3 SGB V geschaffen.

Zu Nummer 12 (§ 36)

Die Regelung stellt sicher, dass auch die Patientenvertreterinnen und -vertreter zu den Sitzungen des Zulassungsausschusses unter Einhaltung der für Mitglieder des Zulassungsausschusses geltenden Frist unter Angabe der Tagesordnung geladen werden.

Zu Nummer 13 (§ 40)

Die Regelung stellt klar, dass auch die Patientenvertreterinnen und -vertreter in den Sitzungen des Zulassungsausschusses sachdienliche Fragen stellen können.

Zu Nummer 14 (§ 41 Abs. 1)

Als Folgeänderung zur der in § 140f Abs. 3 SGB V erfolgten Klarstellung, dass das Mitberatungsrecht der Patientenvertreterin und -vertreter auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung beinhaltet, erfolgt eine entsprechende Klarstellung in § 41 Abs. 1.

Zu Nummer 15 (§ 44)

Die Änderung streicht das auch im sonstigen verwaltungs- oder sozialgerichtlichen Vorverfahren nicht vorgesehene Erfordernis, dass der Widerspruch nicht nur binnen eines Monats erhoben, sondern auch mit Gründen versehen werden muss.

Das Bundessozialgericht hält das Begründungserfordernis zwar im Grundsatz mit den Vorgaben des Artikel 19 Abs. 4 Satz 1 GG für vereinbar (eine Ausnahme hat es mit Urteil vom 23. Februar 2005 - B 6 KA 70/03 R - lediglich für Drittbetroffene bejaht, die nicht zum Verwaltungsverfahren hinzugezogen wurden). Gleichwohl soll an diesem Erfordernis nicht mehr festgehalten werden. Die Begründungspflicht wurde in der täglichen Praxis – auch von Rechtsanwälten – häufig übersehen. Dies hat erhebliche Folgen, weil die fehlende Begründung zur Unzulässigkeit des Widerspruchs führt.

Zu Nummer 16 (§ 46)

Seit Jahren wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine deutliche (vierfache) Erhöhung der Gebühren für die Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen gefordert, weil die seit fast 30 Jahren (zuletzt 1977) nicht mehr veränderten Gebühren bei weitem nicht die Kosten decken und ca. 75 % aus Haushaltsmitteln der Selbstverwaltung der Zahnärzte und Krankenkassen aufzubringen sind.

Die Gebühren werden um das Vierfache erhöht. Im Übrigen handelt es sich um notwendige redaktionelle Änderungen.

Zu Artikel 7 (6. Gebührenanpassungsverordnung)

Mit der Aufhebung der Verordnung entfällt der bisher für in den neuen Ländern sowie in Ost-Berlin erbrachte privatärztliche Leistungen nach der GOÄ, privat Zahnärztliche Leistungen nach der GOZ, Leistungen nichtärztlicher Psychotherapeuten bei Privatbehandlung nach der GOP sowie für in den neuen Ländern im Rahmen der Hebammenhilfe der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachte Leistungen freiberuflicher Hebammen nach der HebGV geltende Vergütungsabschlag von 10 v.H. der nach den vorgenannten Gebührenordnungen jeweils maßgeblichen Gebühren. Mit dem Wegfall des Vergütungsabschlags wird für den jeweiligen Bereich der vorgenannten Gebührenordnungen erstmalig seit der Wiedervereinigung ein im gesamten Bundesgebiet einheitliches Vergütungsniveau erreicht.

Im Hinblick auf inzwischen im Wesentlichen einheitliche Lebensverhältnisse in Ost- und Westdeutschland mit weitestgehend angepasstem Kosten- und Preisniveau wäre ein weiteres Festhalten an der Vergütungs differenzierung nicht mehr sachgerecht. Zudem verbessert die

Aufhebung des Vergütungsabschlags die wirtschaftliche Situation niedergelassener Ärzte und Zahnärzte in Ostdeutschland und trägt damit – neben anderen Maßnahmen – mittelbar auch zur Beseitigung von Hemmnissen bei der Niederlassung und damit letztlich auch zur Verbesserung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung in Ostdeutschland bei.

Zu Artikel 8 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift sieht ein Inkrafttreten des Gesetzes am Tage nach der Verkündung vor.