

med

Recht, Steuern, Betrieb – Informationen für Gesundheitsberufe und -unternehmen

Schwerpunkt
GKV-VSG

**Die Zukunft der
Arztpraxis**

SEITE 4

INHALT

Im Fokus



Wandel mit Ausblick

Es ist in jedem Jahr das Gleiche: Das eine oder andere – teilweise lang diskutierte – neue Gesetz tritt in Kraft, bestehende Gesetze werden angepasst und neue Rahmenbedingungen geschaffen. Dies ist im Gesundheitswesen nicht anders, und so beschäftigt sich diese Sonderausgabe von ECOVIS med mit dem Thema GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das der Gesetzgeber nach zähem Ringen durchgeboxt hat.

Gewandelt hat sich auch das Layout von ECOVIS med. Basierend auf den Ergebnissen der Leserumfrage haben wir nicht nur die Optik ein wenig angepasst. Künftig finden Sie zu allen Themen auch weitere Informationen, die für Ihren beruflichen Alltag von Interesse sind. Danke für Ihre Teilnahme, Ihre Anregungen und Vorschläge.

Eine interessante Lektüre wünscht Ihnen



Tim Müller

Rechtsanwalt und Fachanwalt für
Medizinrecht bei Ecovis in München



Dietmar Sedlaczek

Rechtsanwalt, Mitglied in der Europäischen Wirtschaftlichen Interessenvereinigung Arztrechtsnetz

„Die neue Formulierung ‚soll prüfen‘ statt ‚kann prüfen‘ wird massive Auswirkungen auf die Zulassungspraxis haben.“



Annette Bettker,

Steuerberaterin bei Ecovis
in Rostock

„Träger eines MVZ in der Rechtsform einer GmbH können künftig die erforderliche Bürgschaft durch unterschiedliche Sicherheitsleistungen erbringen.“

Persönlich gut beraten

3 Kommentar

Die Auswirkungen des stetigen Wandels auf den Arztberuf

4 Neue Regeln für die Ärzte

Noch mehr Stolpersteine erschweren Praxisübergabe und -übernahme

8 Der kleine Unterschied

Interview mit Staatsministerin Melanie Huml und Professor Dr. Wolfgang Hoffmann über die erhofften Auswirkungen des GKV-VSG

10 Medizinische Versorgung in kommunaler Hand

Der Weg zur Gründung von MVZ durch Kommunen ist geebnet



12 Kurz notiert

Aktuelle Urteile und Nachrichten aus der Gesundheitsbranche

„NICHTS IST SO BESTÄNDIG WIE DER WANDEL“

Mit diesen Worten von Heraklit lassen sich die sich ständig ändernden Bedingungen für Ärzte gut beschreiben, denn nichts scheint so wandelbar wie das Gesundheitswesen.



Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz setzt die Große Koalition ein weiteres Mal den Hebel an das System der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Fokus steht diesmal die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum, die nun nicht mehr durch Anreize wie Strukturfonds und Umsatzgarantien, sondern durch eine Verdrängung von Praxen aus den Ballungsräumen aufs platte Land verbessert werden soll.

Zentrale und heftig diskutierte Neuerung während des Gesetzgebungsverfahrens war denn auch die Umstellung der Regelung zur Einziehung von Vertragsarztsitzen gegen Entschädigung von einer „Kann“- auf eine „Soll“-Regelung – und das hat massive Auswirkungen, denn „Soll heißt muss wenn kann“ lernt der Jurist. So fürchten jetzt Ärztinnen und Ärzte, die in Berlin, München oder Hamburg demnächst ihre Praxen abgeben wollen, dass die Zulassungsausschüsse ihre Zulassungen einziehen und sie auf ihren langfristigen Mietverträgen und den Anstellungsverhältnissen sitzen bleiben. Was rund um die neue Regelung möglich ist und was nicht, hat unser Gastautor in der Titelgeschichte für Sie zusammengefasst.

Wissenschaft und Politik sehen die Welt häufig aus unterschiedlichen Blickwinkeln; das gilt im Besonderen für die Welt der Gesundheitspolitik. Wir freuen

uns daher, dass Staatsministerin Melanie Huml aus München und Professor Dr. Wolfgang Hoffmann aus Rostock uns in einem Interview Rede und Antwort gestanden und uns ihre Sicht auf die möglichen Auswirkungen des GKV-VSK erläutert haben. Beide sind studierte Mediziner und schon als solche in der Materie zu Hause, darüber hinaus aber als Bayerische Gesundheitsministerin beziehungsweise Professor am Institut für Community Medicine an der Universitätsmedizin Greifswald berufen, über das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zu urteilen.

Immer weniger Ärztinnen und Ärzte sind bereit, das Risiko einer Praxisgründung einzugehen. Wie sich das nun mit den neuen Rahmenbedingungen noch weiter verschlechtern kann, wird die Zukunft zeigen. Schon heute erscheint vielen Mediznern die finanzielle Sicherheit einer Tätigkeit als Angestellter in einer Klinik, einer Praxis oder einem MVZ attraktiver. Dem trägt der Gesetzgeber mit einer besonderen Möglichkeit, die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum zu verbessern, Rechnung. Welche Möglichkeiten das sind, erfahren Sie im Beitrag ab Seite 10.

Die Änderungen sind zahlreich und komplex und werfen sicherlich Fragen bei Ihnen auf. Sie sollten sich daher gut informieren und beraten lassen, denn – nochmals Heraklit – „Das Wesen der Dinge hat die Angewohnheit, sich zu verbergen“. ●

„Soll heißt muss wenn kann‘ sagen die Juristen – und die Wortwahl ‚muss‘ im neuen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz bringt eine Menge Probleme beim Wunsch nach einer Praxisübergabe mit sich.“

Tim Müller, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht bei Ecovis in München

Tipp

Wenn Sie weitergehende Fragen rund um das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, zur Niederlassung oder zum Verkauf Ihrer Arztpraxis haben, wenden Sie sich an Ihre Ecovis-Kanzlei oder die Redaktion (tim.mueller@ecovis.com).

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

NEUE REGELN FÜR DIE ÄRZTE

Die Ärzteschaft kommt nicht zur Ruhe. Wurden in der Vergangenheit die Rahmenbedingungen bereits regelmäßig geändert, rollt jetzt mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eine neue Welle der Veränderung mit reichlich Zündstoff heran.

**SCHWERPUNKT
GKV-VSG**

Massive Auswirkungen
auf den Arztberuf



Die aktuelle Änderung kam nun mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz), kurz GKV-VSG. Dieses Gesetz bringt nicht nur viele Veränderungen mit sich, sondern wird auch für die Praxisnachfolge von weitreichender Bedeutung sein.

Praxisnachfolge mit Hindernissen

Beim Nachbesetzungsverfahren wird es durch die Neufassung des Paragraphen 103 Sozialgesetzbuch (SGB) 5 erhebliche Veränderungen geben. So besteht beispielsweise für Praxen in einem Planungsgebiet mit einem Versorgungsgrad von über 140 Prozent das Risiko, dass eine problemlose

schüsse zukünftig die Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen zur Nachbesetzung ablehnen, wenn diese aus Versorgungsgründen nicht erforderlich sind. Die Formulierung des Gesetzes stellt damit eine erhebliche Verschärfung der bisherigen „Kann“-Regelung dar. Denn ab jetzt muss „stets“ geprüft werden, ob bei einer vorliegenden Überversorgung die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen erforderlich ist. Wann hingegen diese Anforderlichkeit vorliegt, ist nicht definiert und geregelt. Es handelt sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der von den Zulassungsgremien nun mit Inhalten gefüllt werden muss.

Erwartet wird, dass seitens der Krankenkassen erheblicher Druck auf die Zulassungsgremien ausgeübt werden wird, um die Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes zu unterbinden, sollte die Überversorgung jenseits eines Versorgungsgrads von 140 Prozent liegen – die Abgabe beziehungsweise Übernahme einer Praxis wird dadurch sicherlich nicht gerade leichter.

Wer plant, eine Praxis abzugeben oder zu übernehmen, sollte die gebotenen Möglichkeiten nutzen, um das anstehende Verfahren vor den Zulassungsbehörden günstig zu beeinflussen. Dies gilt insbesondere für kritische Planungsbereiche, die gesperrt beziehungsweise überversorgt sind, denn der Gesetzgeber hat dem Praxisabgabewilligen Instrumente an die Hand gegeben, die ihm die Abgabe erleichtern. Wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind, prüft der Zulassungsausschuss nämlich nicht die Anforderlichkeit der Versorgung im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens. ▶



„Zwar werden mit dem neuen Gesetz Anreize für die Praxisgründung in strukturschwachen Gebieten gegeben, ob diese sich bewähren, wird sich erst noch zeigen.“

Gastautor Dietmar Sedlacek, Rechtsanwalt und Lehrbeauftragter an der Alice Salomon Hochschule Berlin

Übertragung der Praxis an einen Nachfolger nicht mehr ohne Weiteres möglich ist. Ab diesem Versorgungsgrad geht der Gesetzgeber nämlich davon aus, dass das betreffende Gebiet überversorgt ist. Mit der Neufassung des Gesetzes müssen die Zulassungsaus-

Das begünstigte Verfahren

Eine Praxis kann nach bekannten Regeln wie bisher übergeben werden, wenn:

- eine mindestens fünfjährige Tätigkeit des Praxisnachfolgers in einem Gebiet besteht, in dem der Landesausschuss das Bestehen einer Unterversorgung festgestellt hat;
- es sich bei dem Nachfolger um den Ehegatten, den Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes handelt;
- sich der Erwerber verpflichtet, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereichs zu verlegen, in dem nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund einer zu geringen Arztdichte ein Versorgungsbedarf besteht;
- der Nachfolger ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder Partner in einer Berufsausübungsgemeinschaft mit dem abgebenden Vertragsarzt war. Dieses Kriterium wird jedoch verschärft, denn das Anstellungsverhältnis oder die gemeinschaftliche Berufsausübung muss mindestens drei Jahre lang bestanden haben. Für Gestaltungen, die vor der ersten Lesung des Gesetzes am 5. März 2015 im Bundestag gewählt wurden, gilt die dreijährige Frist allerdings noch nicht.

9%

Ob das gut geht?

Nach Berechnungen des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) befinden sich neun Prozent der Arzt- und Psychotherapeutensitze in einem Planungsbereich mit einem Versorgungsgrad ab 140 Prozent. Nach Angaben des ZI entspricht das 12.000 Arztsitzen.

MVZ nicht mehr zwingend fachübergreifend

Bisher mussten Medizinische Versorgungszentren (MVZ) fachübergreifend tätig sein. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde diese Anforderung ersatzlos gestrichen – mit weitreichenden Folgen.

War die fachübergreifende Tätigkeit früher ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal der Medizinischen Versorgungszentren, so verschwinden mit der Neuregelung nunmehr dessen Konturen. Es stellt sich die Frage, ob nicht aus jeder Gemeinschaftspraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft auch ein MVZ gemacht werden kann. In der Fachwelt wird nun heftig diskutiert, ob aus dem Wort „Ärzte“ abgeleitet werden könne oder müsse, dass es sich um mehrere Ärzte handeln müsse, oder ob auch ein Ein-Mann-MVZ gegründet werden könne. Hier wird man die Klärung durch die Rechtsprechung der Zulassungsgremien genau beobachten müssen.

Besondere Bedeutung erlangt die Gründung eines MVZ dann, wenn dies in der Rechtsform einer GmbH geschieht. Wird durch die Beantragung der Anstellung in ein MVZ der Sitz auf die MVZ-GmbH übertragen, so wird diese Inhaberin der Zulassung. Es findet keine Prüfung mehr statt, ob die Übertragung der Zulassung auf das MVZ aus Versorgungsgründen erforderlich ist oder nicht. Es handelt sich nach wie vor um eine gebundene Entscheidung.

Das Recht auf Zweitmeinung

Bei bestimmten Indikationen steht Patienten, die sich einem planbaren Eingriff unterziehen müssen, das Recht zu, sich auf Kosten der Krankenkasse eine Zweitmeinung einzuholen. Diese Zweitmeinung

kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder die der Eingriff durchgeführt werden soll. Näheres wird der gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien bestimmen – auch hier ist Abwarten angesagt.

Terminservicestellen

Zur schnelleren und besseren kassenärztlichen Versorgung wurde die Einrichtung von Terminservicestellen aufgenommen. Aufgabe dieser Terminservicestellen soll es

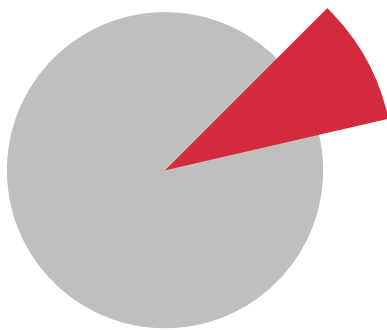
„Patienten haben ein Recht auf eine zweite ärztliche Meinung. Diese Möglichkeit ist allerdings mit bestimmten Voraussetzungen verbunden. Die Regelungen im Detail stehen allerdings noch aus.“

sein, Patienten schneller einen Facharzttermin zu vermitteln. Dieser muss innerhalb von vier Wochen erfolgen. Ist dies nicht möglich, so müssen die Terminservicestellen dem Versicherten einen ambulanten Termin in einem Krankenhaus anbieten.

Ungeachtet der Voraussetzungen zur schnelleren Versorgung sind hiervon Routine-Untersuchungen und Bagatellerkrankungen ausgenommen. Es bleibt daher abzuwarten, welche tatsächliche Verbesserung der Versorgung durch die Einrichtung der Terminservicestellen erreicht werden wird.

Worüber wir reden sollten

- Ab welchem Zeitpunkt sollte über die Praxisnachfolgeplanung nachgedacht werden?
- Welche rechtlichen und steuerlichen Möglichkeiten müssen bedacht werden?
- Gibt es rechtlich und steuerlich günstige Umstrukturierungsmöglichkeiten?



90 gegen 10

Nur rund zehn Prozent Allgemeinmediziner stehen für die ärztliche Versorgung der Patienten bereit.

Auch zukünftig werden die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte verpflichtet sein, entsprechend den Regelungen im Bundesmantelvertrag Sprechstunden anzubieten und im Rahmen der angebotenen Sprechstunden Patienten zu behandeln. Erfüllt ein Arzt seinen Versorgungsauftrag voll, kann beziehungsweise braucht er keine weiteren Patienten zu behandeln. Hier von losgelöst droht aber eine Gefahr für die Vergütung der niedergelassenen Fachärzte, da die Terminservicestellen die Patienten in die Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung schicken können, falls für die Patienten binnen angemessener Frist keine Termine gefunden werden. Hier sollten sich die Fachärzte überlegen, sich die Vergütung nicht noch weiter kürzen zu lassen, auch wenn im Einzelfall vielleicht für die Behandlung kein Geld gezahlt wird.

Weiterbildungsförderung

Neu ist, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, die Aus- und Fortbildung für Allgemeinmediziner besonders zu fördern. Die Kosten der Förderung sind durch die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen jeweils zur Hälfte zu tragen, die Zuschüsse der Krankenkassen sollen außerhalb der Gesamtvergütung bezahlt werden. Des Weiteren soll die Förderung von einem Weiterbildungsassistenten auf die im Krankenhaus übliche Vergütung angehoben werden.

Dadurch erhöht sich die Attraktivität der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten, da qualifizierte Ärzte zu krankenhausbewährten Vergütungen angestellt werden können. Unter Umständen erleichtert ein Weiterbildungsassistent den Praxisbe-

trieb; es muss aber darauf geachtet werden, dass der Kollege den Arzt nicht vertreten darf, da er ja ausgebildet werden soll.

Verträge über besondere Versorgung

Der bisher mit „Integrierte Versorgung“ überschriebene Abschnitt im SGB 5 wird zukünftig die Überschrift „Besondere Versorgung“ tragen. Nunmehr können Krankenkassen mit Ärzten, MVZ, deren Trägern, Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen, Praxiskliniken, pharmazeutischen Unternehmen, Herstellern von Medizinprodukten sowie der Kassenärztlichen Vereinigung, soweit diese zur Unterstützung von ihren Mitgliedern tätig

„Neben zulassungs- und gesellschaftsrechtlichen Fragen müssen auch steuerrechtliche Aspekte berücksichtigt werden – sprechen Sie frühzeitig mit Ihrem Berater.“

wird, Verträge zur besonderen Versorgung schließen. Krankenkassen sollen in verschiedenen Leistungssektoren übergreifende Versorgung ermöglichen. Sie dürfen dadurch sogar den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung nach Paragraph 75 Absatz 1 SGB V einschränken. Neuerdings kann auch von den zwingenden Regelungen des SGB V und auch von den Regelungen des Krankenhausfinanzierungs- beziehungsweise Krankenhausentgeltgesetzes abgewichen werden. ●

„Solange 90 Prozent der Weiterbildungen im fachärztlichen Bereich und nur zehn Prozent in der Allgemeinmedizin abgeschlossen werden, muss die gesamte Konzentration darauf liegen, diesen Trend umzukehren.“

Ulrich Weigelt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbands



Interview

DER KLEINE UNTERSCHIED

Die Diskussion um das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde teilweise mit harten Bandagen geführt – besonders was den künftigen Umgang mit der Praxisnachfolge angeht, denn aus „kann“ wurde „soll“.



Melanie Huml

Bayerische Staatsministerin für
Gesundheit und Pflege



Professor Dr. Wolfgang Hoffmann

Geschäftsführender Direktor Institut
für Community Medicine
an der Universitätsmedizin Greifswald

Wollte ein freiberuflicher Arzt bislang seine Praxis abgeben, konnte er sie über den Zulassungsausschuss ausschreiben. Dafür musste er eine Genehmigung einholen, die in überversorgten Gebieten jedoch verweigert werden konnte. Im Gesetz, das nun in Kraft getreten ist, wurde ein Wort geändert: „soll“ statt „kann“. Das ist ein kleiner Unterschied mit großer Wirkung, denn „soll ablehnen“ bedeutet „muss ablehnen“, wenn sich der Zulassungsstelle die Möglichkeit bietet. In unterversorgten oder strukturschwachen Regionen dagegen soll es mehr Möglichkeiten geben, stärkere Anreize für eine Niederlassung zu setzen. Wie sinnvoll sind die geplanten Maßnahmen? Darüber sprach die Redaktion mit Staatsministerin Melanie Huml und Professor Wolfgang Hoffmann.

Frau Ministerin, die Kassenärztlichen Vereinigungen befürchten, dass mit dem neuen GKV-VSG allzu viele Arztsitze wegfallen, ist das so?

Die Regelung zum Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Planungsbereichen war kein Wunsch Bayerns, sondern ein politischer Kompromiss. Sie führt aber gerade nicht zu einem Automatismus. Möchte ein Arzt seine Praxis aufgeben, kann er ein Nachbesetzungsverfahren beantragen. Nur

wenn dann der Zulassungsausschuss aus Ärzten und Kassenvertretern entscheidet, dass die Praxis vor Ort nicht mehr notwendig ist und auch kein privilegierter Nachfolger die Praxis übernehmen möchte, soll zukünftig ein Nachbesetzungsverfahren unterbleiben. In allen anderen Fällen bleibt eine Nachbesetzung nach wie vor möglich. Die CSU-Landesgruppe im Bundestag konnte erreichen, dass die „Soll“-Regelung erst ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent greift und nicht wie ursprünglich vorgesehen bereits bei 110 Prozent.

Frau Ministerin, die bundesweiten Vorgaben berücksichtigen keine regionalen Besonderheiten, wie soll die ambulante Versorgung garantiert werden?

Da die Zulassungsausschüsse bei Nachbesetzungsverfahren in überversorgten Planungsbereichen nach wie vor zu prüfen haben, ob die konkrete Praxis noch versorgungsrelevant ist, sind regionale Besonderheiten sehr wohl zu berücksichtigen. Dies ist aber auch noch an anderer Stelle möglich. So haben beispielsweise die Länder – und allen voran Bayern – im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes durchgesetzt, dass die zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verpflichteten Kassenärztlichen Vereinigungen bei der im Einvernehmen mit den Krankenkassen

erfolgenden Aufstellung der Bedarfspläne aufgrund regionaler Besonderheiten von bundesweiten Vorgaben abweichen dürfen, wenn dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Dies ermöglicht zum Beispiel regional angepasste Planungsbereiche oder auch Abweichungen beim Einwohner-Arzt-Verhältnis.

Herr Professor, es ist immer wieder die Rede davon, dass sich der ländliche Raum, besonders in den östlichen Bundesländern, weiter entvölkern wird. Wie ernst ist die Lage, wenn die Jungen abwandern?

Bei diesen Entwicklungen gibt es regional deutliche Unterschiede, das gilt auch für Mecklenburg-Vorpommern. Unser Land ist allerdings im deutschlandweiten Vergleich besonders vom demografischen Wandel betroffen. In den nächsten zehn bis 15 Jahren wird der Anteil der Älteren in der Bevölkerung stark zunehmen – in manchen Regionen kommt es zu einer Verdopplung der Zahl der über 85-Jährigen. Gleichzeitig entstehen durch die langsam sinkende Bevölkerungszahl Herausforderungen für die Infrastruktur.

Frau Ministerin, die Aussicht für Ärztinnen und Ärzte im ländlichen Bereich sind nicht rosig, weil die Patienten Richtung Ballungsgebiete ziehen. Ist es sinnvoll, dort die Zulassungen auf Kosten der bevölkerungsschwachen Gebiete einzuziehen?

Dass Ärzte auf dem Land keine Patienten hätten, kann ich nicht bestätigen. Viel öfter höre ich, dass gerade dort die Wartezimmer voll sind. Die Schwierigkeit ist, Ärzte davon zu überzeugen, aufs Land zu gehen.

Herr Professor, welche Bedeutung hat die von Ihnen skizzierte Entwicklung für die medizinische Versorgung?

Es können nicht mehr alle Angebote des Gesundheitssystems überall vorhanden sein. Einschnitte gibt es jetzt schon bei einigen Facharztbereichen, beispielsweise in der Pädiatrie. Aber auch die Besetzung der Hausarztsitze wird in vielen Regionen zunehmend eine Herausforderung. Und nicht alle Krankenhäuser haben eine langfristige wirtschaftliche Perspektive. Hier sind kooperative, innovative regionale Lösungen gefragt, damit der hohe Qualitätsstand der medizinischen und pflegerischen Versorgung unserer Bevölkerung dauerhaft sichergestellt bleibt.

Frau Ministerin, sind zusätzliche Zulassungen für die Versorgung in strukturschwachen Gebieten vorgesehen und welche Anreize werden für Ärzte geschaffen?

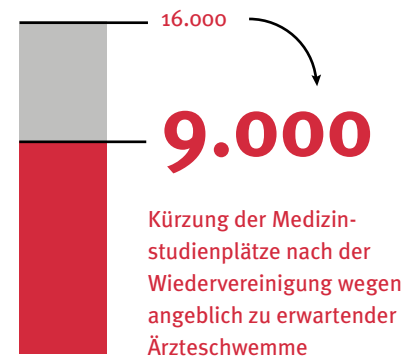
Der Bundesgesetzgeber hat den sicherstellungsverpflichteten Kassenärztlichen Vereinigungen eine Reihe von Maßnahmen an die Hand gegeben, die sie entweder allein oder gemeinsam mit den Krankenkassen ergreifen können: angefangen bei Sicherstellungszuschlägen in unterversorgten Gebieten über Zuschläge für besonders förderwürdige Leistungen und Leistungserbringer bis hin zur Einrichtung eines Strukturfonds, aus dem unter anderem Gründungszuschüsse gezahlt werden können. Die Bayerische Staatsregierung beispielsweise lässt die KVB bei dieser wichtigen Aufgabe nicht allein. Sie gewährt Ärzten, die sich in nicht überversorgten Gemeinden mit bis zu 20.000 Einwohnern niederlassen, einen Zuschuss von bis zu 60.000 Euro.

Herr Professor, reichen „Einheitsrezepte“ gegen den Landarztmangel?

In der jüngeren Vergangenheit wurde eine große Zahl von Ideen zur Gewinnung von jungen Landärzten entwickelt – nicht alle davon gut fundiert und tragfähig. Erfolgreich gegen den Landarztmangel waren nicht die schnellen Einheitsrezepte, sondern meist Lösungen vor Ort, die den besonderen Bedarf und die Potenziale einer Region berücksichtigen und die Akteure über die Sektorengrenzen, aber auch über die traditionellen Fach- und Berufsgrenzen hinweg in Kooperationen einbinden konnten.

Herr Professor, was muss aus Ihrer Sicht getan werden, damit auch künftig bundesweit in ländlichen Regionen die medizinische Versorgung gewährleistet ist?

Die Zukunft liegt in regionalen Versorgungskonzepten, vielleicht zuerst auf dem Land, aber mittelfristig genauso in städtischen Bereichen. Tragfähige Lösungen entstehen aber nicht von selbst – sondern erfordern lösungsorientiertes Handeln, Offenheit für neues Denken und die aktive Entwicklung von innovativen Versorgungskonzepten. Der Innovationsfonds im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wird hier Möglichkeiten für Modellprojekte schaffen, die wir unbedingt auch in unserem Land nutzen sollten, zum Beispiel in der „Modellregion zukunfts-feste Gesundheitsversorgung im Landkreis Vorpommern-Greifswald“.



Überregulierung und Umverteilung

Den Ärztemangel lediglich durch eine Umverteilung zugunsten unterversorgter Gebiete beheben zu wollen, verschärft lediglich den Mangel im Krankenhaus und in anderen Versorgungsbereichen, ohne die Ursachen selbst anzugehen.

Aus: Marburger Bund, 127. HV 2015/Beschluss Nr. 11



MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN KOMMUNALER HAND

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber bestimmt, dass nunmehr auch Kommunen Träger Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) sein können. Eine Wettbewerbssituation mit privaten Leistungserbringern ist dennoch nicht zu befürchten.

Worüber wir reden sollten

- Welche Rechtsform ist für das geplante kommunale MVZ richtig?
 - Welche rechtlichen und steuerlichen Vor- und Nachteile bieten die unterschiedlichen Rechtsformen?
 - Wie müssen die Gesellschaftsverträge ausgearbeitet werden?
-

Der Kreis der zur Gründung eines MVZ berechtigten Personen, den das GKV-Versorgungsstrukturgesetz ab 2012 auf zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende, gemeinnützige Träger beschränkt hatte, erweitert die Neuregelung nunmehr auch auf Kommunen. Zur Begründung heißt es, dass es den Kommunen – Städten, Gemeinden und Landkreisen – so möglich werde, aktiv die Versorgung in ihrer Region zu gestalten. „Der Bundesrat hatte überdies vorgeschlagen, den Kreis der MVZ-berechtigten Personen

um Gebietskörperschaften zu erweitern, um auch in Trägerschaft eines Bundeslandes befindliche Landeskrankenhäuser zu erfassen. Dieser Vorschlag hat jedoch keine Mehrheit gefunden“, sagt Steuerberaterin Annette Bettker.

Einschränkungen, wie sie das Gesetz für sonstige kommunale Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten vorsieht, gelten für kommunale MVZ ausdrücklich nicht, obwohl von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Bundesrat in diesem Punkt massive Bedenken geäußert wurden. Vielmehr gelten für kommunale



„Träger eines MVZ in der Rechtsform einer GmbH können künftig die erforderliche Bürgschaft nicht mehr nur durch eine selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung, sondern auch durch andere Sicherheitsleistung erbringen.“

Annette Bettker, Steuerberaterin bei Ecovis in Rostock

MVZ grundsätzlich die für alle anderen Leistungserbringer maßgeblichen Zulassungsvoraussetzungen. Bei der Errichtung müssen daher das Bedarfsplanungsrecht, etwaige Zulassungsbeschränkungen und der Nachrang eines nicht mehrheitlich in ärztlicher Hand befindlichen MVZ bei der Praxisnachfolge berücksichtigt werden.



„Aus wirtschaftlichen Gründen werden Kommunen ein MVZ

wohl nur dann gründen, wenn dies der einzige Weg zur Gewährleistung der regionalen Versorgung der Patienten ist.“

Axel Keller,
Rechtsanwalt bei Ecovis in Rostock

KBV und Bundesrat hatten die Verletzung des Subsidiaritätsgrundsatzes kritisiert, da Kommunen künftig ohne die erforderliche Zustimmung der KBV Einrichtungen zur Versorgung von Patienten betreiben und damit auch steuernd eingreifen könnten. Zudem wurde beanstandet, dass Kommunen – als staatliche Akteure – so in Konkurrenz zu privatrechtlichen Akteuren

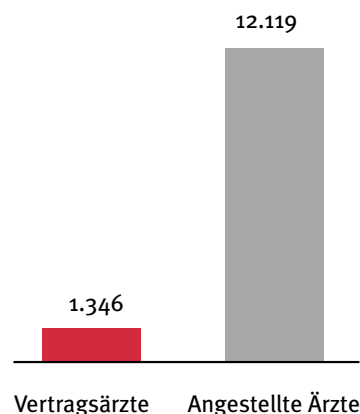
träten, denen sie gleichgestellt würden. „Tatsächlich aber kann wohl davon ausgegangen werden, dass viele Kommunen schon aus wirtschaftlichen Gründen nur dann von der Möglichkeit der Errichtung eines kommunalen MVZ Gebrauch machen werden, wenn dies regional aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung und damit im Sinne einer Daseinsvorsorge erforderlich ist. Eine Konkurrenz zu sonstigen, privaten Leistungserbringern wird eher die Ausnahme bleiben“, sagt Axel Keller.

Als Rechtsform für ein kommunales MVZ kommen – mit Blick auf Vorgaben in den Kommunalverfassungen bzw. Gemeindeordnungen der Bundesländer – wohl nur die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) und öffentlich-rechtliche Rechtsformen wie Eigen- oder Regiebetriebe bzw. die Anstalt öffentlichen Rechts (AöR), in den kommunalrechtlichen Vorschriften vielfach auch als „Kommunalunternehmen“ aufgenommen, in Betracht. Ob die Zulassungsausschüsse den rechtlich unselbstständigen Regiebetrieb und den nur wirtschaftlich selbstständig geführten Eigenbetrieb jedoch als taugliche MVZ-Träger akzeptieren werden, muss zurückhaltend abgewartet werden. „In jedem Fall empfiehlt sich hier eine vorherige Abstimmung mit dem örtlich zuständigen Zulassungsausschuss. Hinsichtlich der Trägereigenschaft von GmbH und Kommunalunternehmen (AöR) bestehen derartige Bedenken nicht“, bewertet Keller. ●

MVZ IM AUFWIND

+ 2.861 %

Von 2004 bis 2014 ist die Zahl der MVZ um 2.861 Prozent gestiegen.



* Quelle: KBV 2014



Verträge immer lückenlos gestalten

Gemeinschaftspraxen bieten einige Vorteile: Die Kosten für den Praxisbetrieb werden auf mehrere Schultern verteilt, Vertretungen lassen sich leichter organisieren. Dabei werden die Spielregeln im Gesellschaftervertrag festgehalten. Übersehen wird aber häufig die wasserdichte Regelung, was mit der Zulassung passieren soll, wenn einer der Gesellschafter ausscheidet. Diese Erfahrung machte auch eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG). In deren Gesellschaftervertrag war nur lückenhaft geregelt, dass bei Ausscheiden eines Partners dessen Zulassung für alle relevanten Praxisstandorte in der ÜBAG verbleiben muss. Da der beklagte Arzt eine halbe Vertragsarztzulassung in die ÜBAG eingebracht und diese seit ihrem Bestehen maßgeblich mitgestaltet hatte, entschied das Landgericht (LG) Weiden (Urteil vom 11. Februar 2015, Az. 11 O 127/14) zu seinen Gunsten – da Regelungslücken im Gesellschaftervertrag zulasten der verbleibenden Gesellschafter gehen.



Streit um Hausarztvertrag in Bayern vorerst beigelegt

Zwischen der AOK Bayern und dem Bayerischen Hausärzteverband e. V. (BHÄV) kam es bei den Verhandlungen zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV-Vertrag) zu keiner Einigung. Eine Schiedsperson legte daher den Inhalt des HzV-Vertrags fest, der, vom Staatsministerium für Gesundheit und Pflege nicht beanstandet, am 3. März 2015 in Kraft trat und zum 1. April 2015 finanzwirksam wurde. Dagegen hatte die AOK Bayern Beschwerde eingelegt. Aus ihrer Sicht seien wesentliche Vertragsinhalte nicht festgesetzt, zentrale Festsetzungen rechtswidrig und damit der Vertrag insgesamt nicht umsetzbar. Dem widersprach das Landessozialgericht (LSG) Bayern mit der Begründung, dass die Schiedsperson den zustehenden Gestaltungsspielraum genutzt und sich im Übrigen an den Festsetzungen des zuvor geltenden Vertrags orientiert habe. Die AOK Bayern muss nun den HzV-Vertrag in bestehender Form umsetzen (Urteil vom 5. Oktober 2015, Az. L 12 KA 83/15 B ER).



Befristeter Arbeitsvertrag nur mit Weiterbildungsplan

Arbeitgeber müssen bei Abschluss eines befristeten Vertrags mit einem Arzt in Weiterbildung zugleich einen Weiterbildungsplan erstellen, der zeitlich und inhaltlich konkret auf die Weiterbildung zugeschnitten ist. Nur dann liegt ein Grund dafür vor, dass ein Arbeitsvertrag befristet ist. Liegt kein Plan vor oder wird dem Arzt in Weiterbildung keine Möglichkeit eingeräumt, den Plan inhaltlich und zeitlich umzusetzen, ist die Befristung unwirksam (Urteil des Landesarbeitsgerichts Baden-Württemberg vom 11. September 2015, Az. 1 Sa 5/15).

ECOVIS – DAS UNTERNEHMEN IM PROFIL

Ecovis ist ein Beratungsunternehmen für den Mittelstand und zählt in Deutschland zu den Top 10 der Branche. In den mehr als 130 Büros in Deutschland sowie den über 60 internationalen Partnerkanzleien arbeiten etwa 4.500 Mitarbeiter. Ecovis betreut und berät Familienunternehmen und inhabergeführte Betriebe ebenso wie Freiberufler und Privatpersonen. Ärzte, Gemeinschaftspraxen sowie Medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser, Pflegeheime und Apotheken sind unter den von Ecovis beratenen verschiedenen Branchen stark vertreten – über 2.000 Unternehmen aus dem Bereich Gesundheit/Medizin zählen zu den Mandanten von Ecovis. Um das wirtschaftliche Handeln seiner Mandanten nachhaltig zu sichern und zu fördern, bündelt Ecovis die nationale und internationale Fach- und Branchenexpertise aller Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Rechtsanwälte und Unternehmensberater. Jede Ecovis-Kanzlei kann auf diesen Wissenspool zurückgreifen. Die ECOVIS Akademie ist zudem Garant für eine fundierte Ausbildung sowie eine kontinuierliche und aktuelle Weiterbildung. Damit ist umfassend gewährleistet, dass die Mandanten vor Ort persönlich gut beraten werden. Adressen und Berater Ihrer Ecovis-Kanzlei finden Sie unter www.ecovis.com/standorte.

Herausgeber: ECOVIS AG Steuerberatungsgesellschaft, Ernst-Reuter-Platz 10, 10587 Berlin, Tel. +49 (0)89-58 98 266, Fax +49 (0)89-58 98 280

Konzeption und Realisation: Teresa Fach Kommunikationsberatung, 80798 München, grasundsterne GmbH, 80337 München

Bildnachweise: Fotolia (Titel, 2), Getty Images (2,4,10), istockphoto (8)

Redaktionsbeirat: Tim Müller (Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht), Kathrin Witschel (Steuerberaterin).

ECOVIS med basiert auf Informationen, die wir als zuverlässig ansehen. Eine Haftung kann jedoch aufgrund der sich ständig ändernden Gesetzeslage nicht übernommen werden.