



VERORDNUNG ZUR ÄNDERUNG DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE UND DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSZAHNÄRZTE

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REFERENTENENTWURF DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT VOM 10.11.2022

21. DEZEMBER 2022

Zur Kommentierung

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert und auf Bereiche eingegangen, die aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zusätzlich in den Entwurf aufgenommen werden sollten. So keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die KBV begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

KOMMENTIERUNG

VORBEMERKUNG ZUM NORMCHARAKTER DER ÄRZTE-ZV ALS RECHTSVERORDNUNG

Die Ärzte-ZV hat in der Normenhierarchie den Rang einer Rechtsverordnung. Sie wurde allerdings in der Vergangenheit in den allermeisten Fällen nicht durch das Bundesministerium für Gesundheit, sondern durch den Bundestag geändert. Dies führt nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (Urt. v. 13.09.2005, Az. 2 BvF 2/03) jedoch nicht dazu, dass sie hierdurch in den Rang eines formellen Gesetzes gehoben wird und für vom Bundestag geänderten Regelungen in der Verordnung keine gesetzliche Ermächtigung erforderlich ist. Vielmehr sind aus Gründen der Normklarheit die Regelungen insgesamt – auch die durch den Gesetzgeber geänderten Teile – als Rechtsverordnung zu qualifizieren. Deshalb muss der parlamentarische Gesetzgeber bei den Änderungen die Grenzen der Ermächtigungsgrundlage gemäß Art. 80 Abs. 1 Satz 2 GG beachten und wesentliche Vorgaben unmittelbar im Gesetz regeln.

Diese Rechtsprechung hat dazu geführt, dass der frühere § 19 Abs. 3 mangels ausreichender gesetzlicher Ermächtigungsgrundlage für nichtig erklärt wurde (BVerfG, Beschl. v. 29.09.2016, Az. 1 BvR 1326/15). Gleiches gilt für den seit dem Jahr 1957 in der Ärzte-ZV enthaltenen § 45 Abs. 1 (BSG, Urt. v. 07.09.2022, Az. B 6 KA 11/21 R).

Auf diese Normen gehen wir nachfolgend im Einzelnen ein. Allerdings führt die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts auch in anderen Bereichen zu Rechtsunsicherheit, etwa bei der Rücknahmefiktion des § 38 Satz 2. Sie wirft zudem die Frage auf, ob beabsichtige Änderungen der Ärzte-ZV – etwa die Erfassung ermächtigter Ärzte und Psychotherapeuten in das Arztregister – von der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage des § 98 SGB V gedeckt sind oder auch diese Norm ausgeweitet werden muss, um die Verordnungsregelung zu legitimieren. Dies ließe sich dadurch vermeiden, dass die Ärzte-ZV insgesamt als Zulassungsgesetz für Vertragsärzte verabschiedet würde – verbunden mit der Überführung einiger das Zulassungsrecht betreffender Regelungen in das SGB V und Streichung des § 98 SGB V. Alternativ könnten die Bestimmungen der Ärzte-ZV in den siebten und achten Titel des vierten Kapitels des SGB V überführt werden. Hierdurch würde der Umfang des SGB V allerdings weiter zunehmen.

Die KBV schlägt vor, die in der Ärzte-ZV enthaltenen Regelungen in den Rang eines formellen Gesetzes zu heben. Dadurch lassen sich die mit der Einordnung der Ärzte-ZV als Rechtsverordnung verbundenen Schwierigkeiten und Unsicherheiten vermeiden. Wenn sich das mit dem vorgelegten Referentenentwurf nicht umsetzen lässt, sollte dies nach Umsetzung der darin enthaltenen Änderungen erfolgen.

ARTIKEL 1 - ÄNDERUNG DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE

NR. 1 – § 1

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa

Die KBV begrüßt die explizite Aufnahme der angestellten Ärzte sowie Psychotherapeuten in das Arztregister.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe cc

Die Erweiterung des § 1 um Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ hat erhebliche Tragweite für die im Arztregister zu erfassenden Informationen, wie sie in der Anlage zu § 2 festgelegt sind. Die Erfassung der Angaben zu Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ ist inhaltlich und datensystematisch komplex. Die KBV schlägt eine geänderte Gliederung des § 1 vor, um die Unterschiede zwischen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Personen einerseits und den Praxen und Einrichtungen andererseits deutlich zu machen. Im Hinblick auf die zu erhebenden Daten sollte diese Unterscheidung auch in der Anlage zu § 2 wiederzufinden sein. Dabei sollte zwischen den verschiedenen Einrichtungsformen unterschieden werden, um eine klare Übersicht über die jeweils relevanten Angaben zu gewährleisten.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe dd

§ 1 Abs. 2 soll nach dem Referentenentwurf um eine Nr. 4 ergänzt werden, wonach das Arztregister auch die ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten erfasst. Es ist allerdings in der Ärzte-ZV nicht geregelt, dass ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten einen Antrag auf Eintragung in das Arztregister stellen müssen. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die Kassenärztliche Vereinigung bislang nach § 31 Abs. 10 ein besonderes Verzeichnis über die Ermächtigungen zu führen hatte. In diesem Sinne gehört ein Auszug aus dem Arztregister weiterhin nicht zu den Unterlagen, die dem Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung nach § 31 Abs. 6 beizufügen sind. Die Vorschrift verweist nur auf § 18 Abs. 2 Nr. 2, nicht auf den Arztregisterauszug betreffenden § 18 Abs. 2 Nr. 1.

Für den Fall, dass ein entsprechender Verweis auf § 18 Abs. 2 Nr. 1 in Erwägung gezogen werden sollte, weisen wir darauf hin, dass § 116 Satz 1 SGB V im Gegensatz zu den für die Zulassung und Anstellung maßgeblichen §§ 95 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 1, Satz 5, Abs. 9 Satz 1, Abs. 9a Satz 1 SGB V und den speziellen Ermächtigungsnormen der §§ 105 Abs. 5 Satz 3, 119b Abs. 1 Satz 3 die Eintragung in das Arztregister nicht als Voraussetzung für eine persönliche Ermächtigung nennt. Wir verweisen auf unsere Vorbemerkung, die sich mit dem Rechtscharakter der Ärzte-ZV als Rechtsverordnung befasst.

Zudem ist die Facharztanerkennung keine zwingende Voraussetzung für eine persönliche Ermächtigung. Die Eintragung ins Arztregister setzt dagegen nach § 3 Abs. 2 b) eine abgeschlossene Facharztweiterbildung voraus. Dies ist bei dem Umgang mit ermächtigten Ärzten im Arztregister ebenfalls zu beachten.

Die KBV regt zur Vermeidung der zuvor genannten Schwierigkeiten an, in § 1 zwischen der *Eintragung* von zugelassenen und angestellten Ärzten und Psychotherapeuten sowie Ärzten im Sinne von § 1 Abs. 2 Nr. 2 auf der einen und der *Erfassung* von ermächtigten Ärzten und Psychotherapeuten – sowie von Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren – auf der anderen Seite zu unterscheiden. Auf diesem Weg wird zugleich, etwa mit Blick auf die nicht bestehende Möglichkeit das MVZ als solches in die Warteliste nach § 103 Abs. 5 Satz 2 SGB V aufnehmen zu lassen (LSG Niedersachsen-Bremen Urt. v. 24.02.2021 – L 3 KA 16/19, Rn. 79 – juris), klargestellt, dass die bloße Erfassung nicht mit der Eintragung im Arztregister gleichzusetzen ist.

Die KBV schlägt vor, § 1 wie folgt zu fassen:

Arztregister

§ 1

(1) Für jeden Zulassungsbezirk führt die Kassenärztliche Vereinigung ein elektronisches Arztregister sowie die Registerakten, die ebenfalls elektronisch geführt werden können.

(2) Im Arztregister eingetragen werden

1. die zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie die bei diesen oder bei Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren, Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 1c und Abs. 5 oder Einrichtungen nach § 402 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angestellten Ärzte und Psychotherapeuten,

2. Ärzte, die die Voraussetzungen des § 3 und Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen des § 95c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen und ihre Eintragung beantragt haben.

(3) Im Arztregister erfasst werden

1. die ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten

2. die Berufsausübungsgemeinschaften und medizinischen Versorgungszentren.

(4) Zusätzlich zu den Angaben nach Abs. 2 und Abs. 3 werden in das Arztregister weitere Informationen zur Struktur, unter der die Ärzte und Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, aufgenommen. Hierbei handelt es sich um die in der Anlage dieser Verordnung aufgeführten Informationen zu Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren, Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 1c und Abs. 5 und Einrichtungen nach § 402 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(5) Diese Verordnung gilt für

1. die Vertragspsychotherapeuten,

2. die medizinischen Versorgungszentren und die dort angestellten Ärzte und Psychotherapeuten

3. die bei Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten, Berufsausübungsgemeinschaften, Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 1c und Abs. 5 und Einrichtungen nach § 402 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch angestellten Ärzte und Psychotherapeuten sowie

4. die ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten sowie die ermächtigten Einrichtungen entsprechend.

NR. 4 – § 4

1. Gemäß § 4 Abs. 2 Satz 2 stellt die Kassenärztliche Vereinigung ein Formular zur Verfügung, in dem der Antragsteller die im Anschluss aufgeführten Angaben und Erklärungen abzugeben hat. Das ist sinnvoll, weil eine einheitliche Form der Antragstellung die Bearbeitung beim Zulassungsausschuss erleichtert. Allerdings können für verschiedene Gruppen unterschiedliche Formulare sinnvoll sein, weshalb in der Regelung der Plural verwendet werden sollte.

Eine wirkliche Arbeitserleichterung gibt es zudem nur, wenn sämtliche Ärzte und Psychotherapeuten diese Formulare verwenden. Es sollte deshalb eindeutig geregelt werden, dass sie verbindlich sind.

§ 4 Abs. 2 Satz 2 sollte nach Auffassung der KBV wie folgt gefasst werden:

Die Kassenärztliche Vereinigung stellt auf ihrer Internetseite **ein vom Antragsteller zu verwendende** Formulare zur Verfügung, in **denen dieser der Antragsteller** folgende Angaben und Erklärungen abzugeben hat:

2. § 4 Abs. 2a zählt die Unterlagen auf, die zum Nachweis der Angaben nach § 4 Abs. 1 vorzulegen sind. Nach Nr. 14 der Anlage zu § 2 gehört hierzu auch die Staatsangehörigkeit. Bei eingebürgerten Ärzten und Psychotherapeuten lässt sich dies nur durch Vorlage der Einbürgerungsurkunde nachweisen, die in verschiedenen KV-Bezirken derzeit auch angefordert wird. Dieser Umstand sollte in die Verordnung aufgenommen werden.

Ebenso ist zu beachten, dass die Anzahl der ins Arztregister einzutragenden Ärzte ohne deutsche Staatsangehörigkeit zunimmt. Für diese Ärzte ist es oft mit großem Aufwand verbunden, teilweise sogar unmöglich, an ihre Geburtsurkunde zu gelangen. Es sollten daher auch andere Formen des Identitätsnachweises möglich sein, etwa die Vorlage des Personalausweises oder des Reisepasses.

Abs. 2a Nr. 1 sollte wie folgt geändert werden:

1. die Geburtsurkunde **oder ein anderes zum Identitätsnachweis geeignetes Dokument**

Nach Abs. 2a Nr. 1 sollte folgende Nummer 2 eingefügt werden:

2. gegebenenfalls die Einbürgerungsurkunde,

NR. 6 – § 7

Die Ersetzung des Begriffs der Streichung durch die der Löschung ist nach der Entwurfsbegründung dem Umstand geschuldet, dass das Arztregister künftig elektronisch zu führen ist. Nach Ziff. 3 des Musters für das Arztregister soll die Löschung von Arztregisterdaten eingetragen werden. Es ist nicht eindeutig, wie das erfolgen soll, wenn § 7 von der „Löschung des Arztes“ spricht. Deshalb sollte u. E. an dem bekannten Begriff der Streichung im Normtext festgehalten werden, da er weniger als der Begriff der Löschung nahelegt, dass der Eintrag ganz verschwinden muss. Zudem wird in § 8 die Löschung begrifflich neben die Streichung gestellt, ohne dass eine Ersetzung stattfindet. Das ist uneinheitlich und erschließt sich uns nicht.

Jedenfalls aber sollte – falls am Begriff der Löschung festgehalten wird – klargestellt werden, dass der Registereintrag – hiervon gehen wir nach dem Aufbau des im Referentenentwurf enthaltenen Musters für das Arztregister aus – erhalten bleibt, damit ersichtlich ist, dass es einmal einen entsprechenden Arztregistereintrag gab.

NR. 8 – § 9

In § 9 Abs. 2, Abs. 3 wird mit den „Arztregisterdaten“ ein neuer Begriff eingeführt. Die KBV hält dies für entbehrlich, da nicht klar ist, weshalb ein Arzt ein berechtigtes Interesse nachweisen soll, um die ihn betreffenden Registerakten einsehen zu können. Zudem ist auch die Abgrenzung dieses Begriffs von anderen Angaben im Arztregister schwierig; er wird auch in der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage des § 98 Abs. 2 Nr. 5 SG V nicht verwendet. Dort ist vom Recht auf Einsicht in die Register und die Registerakten die Rede. In diesem Sinne verwendet auch § 1 Abs. 1 das Begriffspaar „Arztregister“ und „Registerakten“.

Der Begriff „Arztregisterdaten“ in § 9 Abs. 2 und Abs. 3 sollte gestrichen werden.

NR. 13 – § 18

1. Die KBV begrüßt die neue, übersichtlichere Struktur des § 18. Gleiches gilt für die Ersetzung der Pflicht zur Vorlage eines Lebenslaufs durch die Vorlage einer chronologischen Aufstellung über sämtliche seit Eintragung in das Arztregister ausgeübte Tätigkeiten.

Bereits jetzt ist es ständige Praxis der Zulassungsgremien, die Vorlage aktueller Nachweise und Erklärungen zu verlangen. Namentlich für das vorzulegende behördliche Führungszeugnis werden als Richtgröße für ein nicht mehr aktuelles und deshalb zurückzuweisendes Dokument drei Monate genannt (*Ladurner, Ärzte-ZV*, 2017, § 18 Rn. 33). Zur Klarstellung sollte in § 18 Abs. 2 und 3 aufgenommen werden, dass die vorzulegenden Unterlagen *aktuell* sein müssen.

2. Wie bei der Beantragung der Eintragung ins Arztregister hat die Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 18 Abs. 1 Satz 2 auch für den Zulassungsantrag ein Formular zur Verfügung zu stellen, in dem der Antragsteller bestimmte Angaben und Erklärungen abzugeben hat. In dieser Vorschrift sollte ebenfalls eindeutig geregelt werden, dass eine Nutzungspflicht besteht und es für unterschiedliche Anträge unterschiedliche – verbindlich zu nutzende – Formulare geben kann.

§ 18 Abs. 1 Satz 2 sollte wie folgt gefasst werden:

Die Kassenärztliche Vereinigung stellt auf ihrer Internetseite ~~ein vom Antragsteller zu verwendende~~ Formulare zur Verfügung, in ~~denen dieser der Antragsteller~~ folgende Angaben und Erklärungen abzugeben hat:

3. § 18 Abs. 3 Satz 2 des Referentenentwurfs sieht ein Bestimmungsrecht für die Kassenärztliche Vereinigung vor, ob ein Führungszeugnis nach § 30 Abs. 5 oder § 30a des Bundeszentralregistergesetzes (nachfolgend: BZRG) vorzulegen ist. Die KBV hält diese Regelung für nicht sachgerecht. Es sollte in der Ärzte-ZV geregelt werden, welche Facharztgruppen ein erweitertes Führungszeugnis nach § 30a BZRG vorlegen müssen. Zu denken ist insbesondere an Fachärzte und Psychotherapeuten, die vorwiegend Leistungen für Kinder und Jugendliche erbringen. Eine Regelung in der Ärzte-ZV würde – anders als bei einer Bestimmung durch die Kassenärztlichen Vereinigung – auch zu bundesweit einheitlichen Anforderungen führen, was zu begrüßen wäre.

Sollte keine derartige Bestimmung aufgenommen werden, hält die KBV es jedenfalls nicht für zielführend, dass die Entscheidung über die Art des vorzulegenden Führungszeugnisses eine andere Stelle als die trifft, die die Unterlagen prüfen und über den Zulassungsantrag entscheiden muss. Für die Bestimmung, welche Art von Führungszeugnis der Antragsteller vorlegen muss, sollte deshalb der Zulassungsausschuss zuständig sein.

Aufgrund einer Änderung des Bundeszentralregistergesetzes (BZRG) ist seit 2018 gemäß § 30b BZRG in das Führungszeugnis nach § 30 BZRG oder § 30a Absatz 1 BZRG über Personen, die die Staatsangehörigkeit eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union besitzen, die Mitteilung über Eintragungen im Strafregister ihres Herkunftsmitgliedstaats aufzunehmen, sofern das Recht des Herkunftsmitgliedstaats eine Übermittlung vorsieht. Da die Erstellung eines Europäischen Führungszeugnisses zu längeren Bearbeitungszeiten führt, sollte in § 18 Abs. 3 ein ausdrücklicher Hinweis auf § 30b BZRG aufgenommen werden.

Falls die Regelung nicht – was wir begrüßen würden – dahingehend geändert wird, dass darin arztgruppenspezifische Vorgaben für die Art des vorzulegenden Führungszeugnisses aufgenommen werden, ist § 18 Abs. 3 nach Auffassung der KBV wie folgt zu fassen:

Der Arzt hat ein behördliches Führungszeugnis zu beantragen, das zum Zeitpunkt der Beschlussfassung vorliegen **und aktuell sein muss. Der Zulassungsausschuss** ~~Die Kassenärztliche Vereinigung~~ bestimmt, ob ein Führungszeugnis nach § 30 Abs. 5 des Bundeszentralregistergesetzes

oder nach § 30a des Bundeszentralregistergesetzes – ggf. jeweils um die Angaben nach § 30b des Bundeszentralregistergesetzes (Europäisches Führungszeugnis) ergänzt – zu beantragen ist.

NR. 16 – § 31

1. Richtigerweise wird der in § 31 Abs. 5 enthaltene Verweis auf Artikel 50 EGV durch den Verweis auf Art. 57 AEUV ersetzt. § 98 Abs. 2 Nr. 14 SGB V nennt allerdings ebenfalls den veralteten Art. 50 EGV. Die Ermächtigungsgrundlage sollte aktualisiert werden, sobald möglich.

2. In § 31 Abs. 6 Satz 3 ist das Wort „gilt“ durch das Wort „gelten“ zu ersetzen.

3. Im Zusammenhang mit der Aufnahme der ermächtigten Einrichtungen in das gesonderte Ermächtigungsverzeichnis nach § 31 Abs. 10 ist zu beachten, dass nur ein kleiner Teil der in der Anlage zu § 2 aufgeführten Angaben bei ermächtigten Einrichtungen inhaltlich sinnvoll ist und von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhoben wird. Teilweise erfolgt die Ermächtigung unmittelbar durch das Gesetz, etwa bei Einrichtungen nach § 117 Abs. 1 SGB V und § 118 Abs. 2 SGB V. Zu diesen Einrichtungen hat die Kassenärztliche Vereinigung kein Rechtsverhältnis und keine Kenntnis von der Ermächtigung.

Zur Aufnahme von ermächtigten Einrichtungen in das besondere Ermächtigungsverzeichnis nach § 31 Abs. 10 bedarf es daher einer spezifischen gesetzlichen Regelung, welche die einzelnen Einrichtungsarten und die jeweils zu erhebenden Daten individuell auflistet.

NR. 18 - § 32

1. Wir begrüßen die übersichtlichere Zusammenfassung und Darstellung der Vertretungsregelungen in einem einheitlichen Paragraphen. Gleiches gilt für die Aufnahme einer § 4 Abs. 3 BMV-Ä entsprechenden Vorschrift zur Fortführung der Praxis eines Verstorbenen, die Möglichkeit, sich im Krankheitsfall bis zu sechs Monaten vertreten zu lassen und die Korrektur der nicht sachgerechten BSG-Rechtsprechung (Urt. v. 30.10.2019 – Az. B 6 KA 9/18) zur internen Vertretung in § 32 Abs. 6.

Bei der letztgenannten Regelung ist allerdings zu beachten, dass auch eine interne Vertretung nicht zeitlich unbegrenzt möglich ist und auf diesem Wege die Versorgungsberechtigung eines nicht mehr an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes nicht dauerhaft erhalten werden kann. Denn die Zulassung als Vertragsarzt oder als MVZ verpflichtet gemäß § 95 Abs. 3 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Um mit Blick auf § 95 Abs. 6 SGB V prüfen zu können, ob ein Arzt nach einer längeren Zeit der Abwesenheit nicht mehr an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, und zur Vermeidung einer andernfalls auftretenden Implausibilität der abgerechneten – höheren – Leistungsmenge des internen Vertreters, sollte in § 32 Abs. 6 eine Mitteilungspflicht bei einer Abwesenheit des Arztes von mehr als einer Woche aufgenommen werden. Die Kassenärztliche Vereinigung muss wissen, wenn ein Arzt mit Versorgungsauftrag tatsächlich nicht tätig ist. Hierzu sollte die entsprechende Geltung von Abs. 2 Satz 5 angeordnet werden.

Darüber hinaus ist der Anwendungsbereich des § 32 Abs. 6 infolge seiner systematischen Stellung auf die interne Vertretung eines zugelassenen Vertragsarztes durch einen anderen zugelassenen oder angestellten Arzt derselben Praxis beschränkt. Wir gehen davon aus, dass dies nicht beabsichtigt ist, sodass in § 32c ein Verweis auf § 32 Abs. 6 aufgenommen werden sollte.

Zudem sollt in § 32 Abs. 6 klargestellt werden, dass die in der Norm angesprochene Zulässigkeit der vorübergehenden Erhöhung der Arbeitszeit bzw. Erhöhung des Tätigkeitsumfangs – so ist unser Verständnis der Regelung – nicht vom Zulassungsausschuss genehmigt werden muss.

2. Der Normtext regelt für die in § 32 Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 genannten Vertretungsgründe weiterhin die maximal zulässige Vertretungszeitzeit innerhalb eines Zwölf-Monatszeitraums, nicht in einem Kalenderjahr. Die Prüfung, ob die Vertretungshöchstgrenze für den einzelnen Arzt überschritten wurde, ist für die Kassenärztliche Vereinigung aufwändig. Auch die Vertragsärzte überblicken dies oftmals nicht ohne weiteres. Die KBV regt daher an, die maximal zulässige Vertretungszeit bei den in § 32 Abs. 2 Satz 1 und

Satz 2 aufgeführten Vertretungsgründen „innerhalb eines Kalenderjahres“ statt „innerhalb von zwölf Monaten“ zu bestimmen, erstmalig für das Kalenderjahr 2024. Zur Ermöglichung des Übergangs müsste für das erste Jahr der Umstellung der Systematik durch eine Übergangsregelung angeordnet werden, dass die Vertretungszeiten infolge der Vertretungsgründe gemäß § 32 Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 am 1. Januar 2024 bei null beginnen und zeitlich davor liegende Vertretungen bei der Berechnung im Jahr 2024 nicht berücksichtigt werden.

3. Die KBV schlägt zudem als redaktionelle Änderung vor, die in § 32 Abs. 2 Satz 1 enthaltene Formulierung „ohne dass dies der Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung bedarf“ durch das Wort „genehmigungsfrei“ zu ersetzen und die Vorschrift wie folgt zu fassen:

Bei Urlaub, humanitärem Einsatz oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann der Vertragsarzt sich innerhalb ~~von zwölf Monaten eines Kalenderjahres~~ bis zur Dauer von drei Monaten **genehmigungsfrei** vertreten lassen. ~~ohne dass dies der Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung bedarf.~~

4. Wir begrüßen es, dass die bislang in § 4 Abs. 3 BMV-Ä enthaltene Regelung zum Praxisverweser Eingang in die Ärzte-ZV finden soll. Wir bitten allerdings vor dem Hintergrund des gewünschten Bürokratieabbaus um Prüfung, ob die in § 32 Abs. 4 Satz 3 enthaltene Informationsverpflichtung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen tatsächlich notwendig ist oder ob hierauf – was zu einer Anpassung auch des § 4 Abs. 3 BMV-Ä führen müsste – nicht verzichtet werden kann.

NR. 19 - § 32A

1. Die KBV hält die Bündelung der Vorgaben über die Beschäftigung von Assistenten in einer eigenen Vorschrift für sinnvoll. Mit Blick auf die Bedeutung von angestellten Ärzten regen wir allerdings an, die Regelung des § 32b als § 32a vorzuziehen und die Beschäftigung von Assistenten im Anschluss hieran in § 32b zu regeln.

Die weiterhin verwendete Bezeichnung Assistent vermengt jedoch mindestens zwei Sachverhalte: Den Einsatz von Ärzten mit abgeschlossener Weiterbildung zur Entlastung sowie die Weiterbildung von approbierten Ärzten. Zur Abgrenzung beider Sachverhalte und zur sprachlichen Anpassung des veralteten Begriffs „Assistent“ sollten die Begrifflichkeiten geprüft und ggf. durch „Entlastungsarzt“ und „Arzt in Aus- oder Weiterbildung“ ersetzt werden.

2. In § 32a Abs. 1 Satz 3 soll künftig geregelt werden, dass ein Vertragsarzt mit vollem Versorgungsauftrag höchstens einen in Vollzeit tätigen Aus- oder Weiterbildungsassistenten oder zwei Aus- oder Weiterbildungsassistenten mit hälftiger Wochenarbeitszeit einer Vollkraft beschäftigen darf. Die KBV hält diese Regelung für nicht sachgerecht und bittet darum, sie entweder zu modifizieren oder von ihr abzusehen:

Das Bundessozialgericht (Urt. v. 12.02.2020, Az. B 6 KA 1/19 R) hat sich für Vertragszahnärzte dazu geäußert, wie viele Weiterbildungsassistenten ein in Einzelpraxis tätiger Zahnarzt beschäftigen darf. Die KBV hält diese Rechtsprechung für nicht sachgerecht und lehnt diese Regelung ab. Zudem würde sie die Frage aufwerfen, ob die Beschränkung auch für MVZ gilt, die durch § 1 Abs. 3 Nr. 2 in den Geltungsbereich der Ärzte-ZV einbezogen werden. Das Bundessozialgericht hat dies in dem zuvor genannten Urteil verneint; allerdings ohne Existenz einer ausdrücklichen Regelung zur Höchstzahl der Weiterbildungsassistenten.

Die KBV regt mit Blick auf die schwierige Nachwuchssituation und den sich immer mehr abzeichnenden Ärztemangel an, keine so niedrige Beschäftigungsgrenze festzulegen und die ärztliche Weiterbildung zu behindern, sondern zumindest eine doppelt so hohe Anzahl von Aus- und Weiterbildungsassistenten zuzulassen. Zudem sollte die Regelung mit einer Öffnungsklausel versehen werden, falls die weiterbildungsrechtlichen Vorgaben der jeweils zuständigen Ärztekammer eine höhere Anzahl von Assistenten vorsehen.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass es in der Praxis zur Überlappung der Tätigkeitszeit von zwei Weiterbildungsassistenten kommen kann, z. B. wegen der Einarbeitung bzw. Übergabe, bestehenden Resturlaubs, des zeitlichen Abstands zwischen dem Abschluss der Facharztprüfung und dem Fachgespräch bei gleichzeitigem Tätigkeitsbeginn eines neuen Weiterbildungsassistenten, Lücken zum nächsten Beschäftigungsverhältnis oder der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit. Dies ist sinnvoll und praktisch erforderlich, würde durch die im Entwurf enthaltene Regelung allerdings verunmöglicht.

Falls das Ministerium diesem Vorschlag nicht folgen möchte, sollte zur Zahl der maximal zu beschäftigenden Weiterbildungsassistenten u. E. gar keine Regelung in die Ärzte-ZV aufgenommen werden.

Sollte an der Entwurfsregelung dennoch festgehalten werden, ist zu beachten, dass dies im Referentenentwurf mit der Sicherstellung einer „hinreichenden Qualität der Weiterbildung“ begründet wird. Diese Erwägung gilt gleichermaßen für die stationäre Weiterbildung. Die KBV geht davon aus, dass eine derartige Begrenzung auch für die stationäre Weiterbildung zeitnah vorgenommen werden wird. Anderenfalls läge eine Benachteiligung der Weiterbildenden im ambulanten Bereich vor.

Die KBV regt die folgende Fassung von § 32a Abs. 1 Satz 3 an:

Ein Vertragsarzt mit vollem Versorgungsauftrag kann höchstens zwei vollzeitig tätige Aus- oder Weiterbildungsassistenten oder vier Aus- oder Weiterbildungsassistenten mit hälftiger Wochenarbeitszeit einer Vollzeitkraft beschäftigen, sofern die maßgeblichen weiterbildungsrechtlichen Vorgaben keine höhere Anzahl von Aus- oder Weiterbildungsassistenten zulassen.

3. Zudem sollte sich die bestehende Verwaltungspraxis, wonach auch bei einem temporären Ausfall des Vertragsarztes die Beschäftigung von Assistenten aus Sicherstellungsgründen genehmigt werden, deutlicher im Gesetz wiederfinden. Dies ist auch deshalb geboten, weil nach § 14 Abs. 3 Satz 1 BMV-Ä im Falle des vorübergehenden Ausfalls einer psychotherapeutischen Leistungserbringers eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen grundsätzlich unzulässig ist. Dies führt in diesem Bereich zu Schwierigkeiten für die betroffenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie deren Patienten, zumal psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß § 20 Abs. 4 MBO der Psychotherapeuten bei längerer Praxisabwesenheit verpflichtet sind, für eine geeignete Vertretung zu sorgen. Deshalb muss es möglich sein, statt einem Vertreter auch genehmigungspflichtig einen Assistenten zu beschäftigen.

§ 32a Abs. 1 Satz 5 sollte wie folgt gefasst werden:

Assistenten können aus den in § 32 Abs. 3 Satz 1 genannten Gründen auch zur Entlastung eines Vertragsarztes beschäftigt werden, wenn dieser seine vertragsärztlichen Pflichten vorübergehend nicht **oder nicht** in vollem Umfang erfüllen kann.

4. Gemäß § 32a Abs. 2 Satz 6 ist die Beschäftigung *eines* Assistenten ausnahmsweise zulässig, um vorübergehend die Patienten eines in der näheren Umgebung tätigen Arztes zu versorgen, der seine Zulassung beendet hat, ohne dass die Weiterbehandlung seiner Patienten in der bisherigen Praxis gesichert ist. Zur Vermeidung von Unklarheiten und möglichen Widersprüchen zu § 32a Abs. 1 Satz 1 sollte in Satz 6 die Formulierung *eines Assistenten* durch die Formulierung *von Assistenten* ersetzt werden.

5. Kassenärztliche Vereinigungen fördern die fachärztliche Weiterbildung von Ärzten mit Mitteln des Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V in solchen Fällen, die nicht von § 75a SGB V erfasst werden. Die auf diesem Weg geförderte Anstellung von Weiterbildungsassistenten sollte ebenfalls eine Ausnahme zum Grundsatz des Satz 1 bilden, nach dem die Beschäftigung eines Assistenten nicht der Vergrößerung der Vertragsarztpraxis dienen darf. Auf diesem Wege lässt sich die Attraktivität der dringend erforderlichen Weiterbildung des ärztlichen und psychotherapeutischen Nachwuchses steigern.

§ 32a Abs. 2 Satz 2 sollte daher wie folgt ergänzt werden:

In den Fällen der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten nach Abs. 1 Satz 2 in Verbindung mit § 75a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, **in Fällen von Maßnahmen nach § 105 Abs. 1a des Fünften Sozialgesetzbuches** und der Beschäftigung eines Assistenten nach Abs. 1 Satz 6 hat die Kassenärztliche Vereinigung im Verteilungsmaßstab nach § 87b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festzulegen, in welchem Umfang abweichend von Satz 1 und § 87b Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine Vergrößerung der Vertragsarztpraxis zulässig ist; bei der Festlegung ist insbesondere der von der Praxis zu zahlende Anhebungsbetrag nach § 75a Abs. 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.

NR. 20 - § 32B

Nach § 32b Abs. 2 Satz 3 ist dem Antrag auf Genehmigung der Anstellung eine Kopie des Arbeitsvertrags beizufügen. §§ 95 Abs. 9, 9a SGB V sowie § 103 Abs. 4a SGB V sprechen hingegen von der *Anstellung* von Ärzten. Diese Bezeichnung sollte aus Gründen der Rechtsklarheit und -einheitlichkeit auch in der Ärzte-ZV verwendet werden, sodass in § 32b Abs. 2 Satz 3 der Begriff „Arbeitsvertrag“ durch den Begriff „Anstellungsvertrag“ zu ersetzen ist.

NR. 21 - § 32C

Wie bereits zu § 32 angemerkt, sollte in § 32c Abs. 1 am Ende folgender Satz mit dem Verweis auf § 32 Abs. 6 aufgenommen werden.

Für die interne Vertretung eines angestellten Arztes gilt § 32 Abs. 6 entsprechend.

NR. 22 - § 32D

1. Die für ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten maßgebliche Vertretungsregelung war bislang in § 32a Satz 2 enthalten, der nach dem Referentenentwurf inhaltlich unverändert zu § 32d Satz 2 werden soll. Allerdings sind die längeren Vertretungszeiten im Fall von Krankheit zugelassener Vertragsärzte gemäß § 32 Abs. 2 Satz 2 (sechs statt drei Monate) nicht in § 32d übernommen worden. Ebenso fehlt die Teilnahme an einem humanitären Einsatz als zulässiger Vertretungsgrund. Falls diese unterschiedliche Behandlung von zugelassenen und ermächtigten Ärzten nicht bewusst erfolgt ist, sollte die Vorschrift entsprechend angepasst werden.

Zudem regen wir auch an dieser Stelle an, die maximale Vertretungsdauer nicht anhand der letzten zwölf Monate zu bemessen, sondern ab 2024 auf das jeweilige Kalenderjahr umzustellen. Wir verweisen auf unsere Ausführungen zu Nr. 18 (§ 32).

2. Nach § 32d Satz 2 gelten die Vertretungsregelungen nicht für Ermächtigungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2. Dies sind Ärzte, die ermächtigt werden, um einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes. Wir haben aus dem KV-System die Rückmeldung erhalten, dass auch für diese Ärzte eine Vertretungsmöglichkeit geschaffen werden sollte. Wenn diese im Bereich der Kurzzeitpflege tätig sind und krankheits- oder urlaubsbedingt nicht zur Verfügung stehen, muss die durchgehende Versorgung der Versicherten in Rehabilitationseinrichtungen sichergestellt sein. Es erschließt sich nicht, weshalb gerade bei der Ermächtigung von Ärzten zur Versorgung eines bestimmten Personenkreises keine Vertretung zulässig sein soll.

§ 32d Satz 2 sollte gestrichen werden.

NR. 26 - § 41

1. Nach § 41 Abs. 1 Satz 2 ist die Anwesenheit eines von der Kassenärztlichen Vereinigung gestellten Schriftführers bei der Beratung und Beschlussfassung des Zulassungsausschusses zulässig. Auf Grund der sehr umfangreichen Tagesordnungen der Zulassungsausschüsse sollte klargestellt werden, dass auch die Anwesenheit mehrerer Schriftführer zulässig ist.

§ 41 Abs. 1 Satz 2 sollte wie folgt geändert werden:

Die Anwesenheit ~~eines~~ **von** der Kassenärztlichen Vereinigung gestellten Schriftführers**en** für den Zulassungsausschuss ist zulässig.

2. Es ist positiv zu bewerten, dass beim Unterschriftenerfordernis und bei der Ersetzung der Ausfertigung für die Registerakten und der Abschriften für bestimmte Beteiligte durch Kopien sinnvolle Maßnahmen zum Bürokratieabbau ergriffen werden. Diese sollten allerdings noch weitgehender sein. Insbesondere die Erstellung von Ausfertigungen führt zu erheblichem Aufwand bei den Zulassungsgremien, der vermeidbar ist. Es genügt aus Sicht der KBV, wenn nur die verfahrensbeteiligten Ärzte eine Abschrift des Beschlusses erhalten. Für alle anderen Beteiligten ist eine Kopie ausreichend.

Die KBV schlägt daher zur Entlastung der Zulassungsgremien folgende Änderung von § 41 Abs. 5 Satz 1 vor:

~~Den Beteiligten~~ Den am Verfahren beteiligten Ärzten wird alsbald je eine Ausfertigung ~~des Beschlusses, den übrigen Beteiligten eine Kopie des Beschlusses~~ zugestellt. ~~zugesellt. Eine weitere Ausfertigung erhält die Kassenärztliche Vereinigung erhält eine Kopie des Beschlusses für die Registerakten.~~

NR. 29 – ANLAGE

Die KBV ist mit der Überarbeitung und Erweiterung der Anlage einverstanden. Die Umwandlung von einem verbindlichen Muster in eine Auflistung der benötigten Daten und die Aufnahme von zahlreichen neuen Angaben, die für die Sicherstellung erforderlich sind, ist eine hilfreiche Weiterentwicklung.

Einige Einzelelemente sind jedoch unvollständig oder nicht den Erfordernissen entsprechend abgebildet, um alle für die Zwecke der Sicherstellung angegebenen Funktionen erfüllen zu können. Im Einzelnen schlägt die KBV deshalb die folgenden Änderungen vor:

Fehlende Angaben:

Aus Sicht der KBV fehlen in der Anlage folgende für Arztregister- oder Sicherstellungszwecke relevante Angaben, um die die Anlage zu § 2 ergänzt werden sollte:

Umschreibung aus bisherigem Arztregister

Diese Information ist beim Beginn der Eintragung in ein Arztregister analog zur Information „Umschreibung in ein neues Arztregister“ (Nr. I. 4. der Anlage) bei der Beendigung der Eintragung in ein Arztregister zu sehen und dient der Nachvollziehbarkeit der Registerführung.

Änderungsvorschlag:

In Nr. I wird der Punkt „Umschreibung aus bisherigem Arztregister“ aufgenommen.

Abrechnungsgenehmigungen für besonders qualitätsgesicherte Leistungsbereiche in der vertragsärztlichen Versorgung

Diese Information ist notwendig, um festzuhalten, welche Leistungen, für die es einen speziellen Genehmigungsvorbehalt gibt, von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten erbracht werden dürfen. Zudem ergibt sich auch aus § 395 Abs. 2 Nr. 6 SGB V, dass diese Information vorgehalten werden muss, da sie zur Information der Patienten von den Kassenärztlichen Vereinigung über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Nationale Gesundheitsportal übermittelt und dort veröffentlicht werden muss.

Änderungsvorschlag:

In Nr. III-V wird der Punkt „Abrechnungsgenehmigungen für besonders qualitätsgesicherte Leistungsbereiche in der vertragsärztlichen Versorgung“ aufgenommen.

Beschränkungen bzw. Bindungen der Zulassung sowie Beschränkungen bzw. Bindungen der Anstellung

Die Information, ob eine Zulassung oder eine Anstellung einer Leistungsbeschränkung unterworfen ist, ob es sich um eine Sonderbedarfszulassung handelt, ob die Zulassung oder Anstellung eines Psychotherapeuten unter der Maßgabe erfolgt ist, ausschließlich Kinder und Jugendliche zu behandeln, sowie ähnliche Sachverhalte sind für die für die Zulassung und Sicherstellung einschließlich der Bedarfsplanung von erheblicher Bedeutung und müssen deshalb im Arztregister festgehalten werden.

Änderungsvorschlag:

In Nr. III-V wird der Punkt „Beschränkungen bzw. Bindungen der Zulassung sowie Beschränkungen bzw. Bindungen der Anstellung“ aufgenommen.

Bedarfsplanungsdaten

Informationen zur Anrechnung in der Bedarfsplanung (Anrechnungsfaktor, Arztgruppe inklusive Subgruppe, Zuordnung zum Planungsbereich über die Angabe der für die Bedarfsplanung relevanten, Betriebsstättennummer bzw. des amtlichen Gemeindeschlüssels) sind für Prozesse und Weiterentwicklung der Bedarfsplanung wichtig und im Arztregister festzuhalten. Im § 2 ist auch bereits festgehalten, dass das Arztregister Angaben enthalten muss, die für die Bedarfsplanung von Bedeutung sind. Diese Angaben müssen dann auch in der Anlage aufgeführt und definiert werden.

Änderungsvorschlag:

In Nr. III-V wird der Punkt „Informationen zur Anrechnung in der Bedarfsplanung“ mit den Unterpunkten 1. Anrechnungsfaktor, 2. Arztgruppe, 2.1 Subgruppe, 3. Zuordnung zum Planungsbereich (für die Bedarfsplanung relevanten Betriebsstättennummer bzw. amtlicher Gemeindeschlüssel) aufgenommen.

Teilnahme an Netzverbünden der psychiatrischen Komplexversorgung

Netzverbünde nach der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) erhalten nach der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten-, Praxisnetz- sowie der Netzverbundnummern eine Netzverbundsnummer (NVNR). Die NVNR wird zu Evaluationszwecken eingesetzt und mit den maschinenlesbaren Verzeichnissen gemäß § 3 Abs. 11 der KSVPsych-RL an die Landesverbände der Krankenkassen übermittelt. Analog zur Teilnahme der Praxis an Praxisnetzen muss die

Teilnahme der Vertragsärzte sowie der Vertragspsychotherapeuten an Netzverbänden im Arztregister erfasst werden, um diese Evaluation und Datenübermittlung zu ermöglichen.

Änderungsvorschlag:

In Nr. III-V wird der Punkt „Netzverbund der psychiatrischen Komplexversorgung (Netzverbandsnummer, Beginn- und Enddatum der Teilnahme)“ aufgenommen.

Genehmigung zur Anstellung von Weiterbildungsassistenten nach § 32a Abs. 1 Satz 1

Zur Anstellung von Weiterbildungsassistenten ist nach § 32a Abs. 1 Satz 1 eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich. Verwaltungspraktisch und zur Auswertung der Entwicklungen in der ambulanten Weiterbildung ist es dabei erforderlich, diese Genehmigung auch im Arztregister zu hinterlegen.

Änderungsvorschlag:

In Nr. III (Zulassungsdaten) und Nr. IV (Anstellungsdaten) wird der Punkt „Genehmigung zur Anstellung von Weiterbildungsassistenten nach § 32a Abs. 1 Satz 1“ eingefügt.

Zu II. 8. der Anlage: Schwerpunkte, Zusatzweiterbildungen (Datum Anerkennung)

Es fehlen hier die Bezeichnung der Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen.

Änderungsvorschlag:

Vor den Wörtern „Datum Anerkennung“ werden das Wort „Bezeichnung“ und ein Komma eingefügt.

Zu III. 1. der Anlage: Datum des Zulassungsbescheids und des Beginns der Zulassung

Das Datum des Zulassungsbescheids ist keine im Arztregister vorzuhaltende Information. Der hieraus folgende Erkenntnisgewinn erschließt sich nicht. Zudem ist die Zulassungspraxis nicht ganz einheitlich und regional unterschiedlich, da teilweise sowohl das Datum der Sitzung als auch das Datum des Bescheiderlasses aufgeführt wird, teilweise nur das Datum der Sitzung. Relevant für alle weiteren Prozesse ist allein das Datum des Beginns der Zulassung.

Änderungsvorschlag:

Die Worte „des Zulassungsbescheids und“ werden gestrichen.

Zu III. 3. der Anlage: Fachgebiet, für das die Zulassung erteilt wird

Die Zulassung kann neben einem Fachgebiet auch für einen Schwerpunkt erfolgen, insbesondere, wenn in der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss Quoten innerhalb einer Arztgruppe vorgesehen sind. Deshalb sollte an dieser Stelle auch der Schwerpunkt für den die Zulassung erteilt wird, erhoben werden können.

Änderungsvorschlag:

Nach dem Wort „Fachgebiet“ wird ein Komma und das Wort „Schwerpunkt“ eingefügt.

Zu III. 4. der Anlage: Psychotherapie-Richtlinienverfahren, für das die Zulassung erteilt wird

Eine Beschränkung einer Zulassung auf ein bestimmtes Psychotherapie-Richtlinienverfahren ist nach der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss nicht vorgesehen.

Änderungsvorschlag:

Punkt III. 4. wird gestrichen.

Zu III. 7. der Anlage: Ruhen der Zulassung (Grund und Datum Beginn und Ende)

Gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 kann eine Zulassung auch teilweise ruhen. Der Umfang des Ruhens muss auch im Arztregister abgebildet werden.

Änderungsvorschlag:

Nach dem Wort „Grund“ wird ein Komma und das Wort „Umfang“ eingefügt.

Zu III. 9. der Anlage: Besondere Versorgungsbedürfnisse gemäß § 103 Abs. 4 Satz 5 Nummer 7 SGB V

Bei den besonderen Versorgungsbedürfnissen handelt es sich um einen je nach Zulassungsfall individuellen Fall, in dem Einzelfallprüfungen und -abwägungen durch den zuständigen Zulassungsausschuss vorgenommen werden. Eine systematische Kodierung und quantitativ auswertbare Erhebung ist daher nicht sinnvoll möglich. Falls nur die Information ins Arztregister aufgenommen werden soll, dass besondere Versorgungsbedürfnisse vorliegen, aber nicht, welche im Einzelnen umfasst sind, kann diese Information in dem vorgeschlagenen Feld „Beschränkungen bzw. Bindungen der Zulassung bzw. Beschränkungen bzw. Bindungen der Anstellung“ erhoben werden.

Zu IV. der Anlage: Anstellungsdaten

Es fehlen gegenüber den Zulassungsdaten die Felder „Psychotherapie-Richtlinienverfahren, für das die Anstellung erfolgt“ sowie „Hausarzt-/Facharztkennzeichnung“. Das Feld „Psychotherapie-Richtlinienverfahren, für das die Anstellung erfolgt“ muss aus Sicht der KBV auch nicht eingeführt werden, da das Feld „Psychotherapie-Richtlinienverfahren, für das die Zulassung erteilt wird“ ebenfalls gestrichen werden kann. Das Feld „Hausarzt-/Facharztkennzeichnung“ sollte jedoch auch bei den Anstellungsdaten aufgenommen werden, da es sich beim angestellten Arzt nicht automatisch aus der Hausarzt-/Facharztkennzeichnung der in der anstellenden Praxis tätigen zugelassenen Ärzte ergibt.

Änderungsvorschlag:

Einfügen eines Punktes unter Nr. IV: „Hausarzt-/Facharztkennzeichnung“

Zu IV. 3. der Anlage: Datum des Genehmigungsbescheids

Wie zu III. 1. ausgeführt, ist das Datum des Genehmigungsbescheids keine Information, die in das Arztregister aufzunehmen ist. Das gilt auch für Anstellungsgenehmigungen. Maßgeblich für alle weiteren Prozesse ist allein das Datum des Beginns der Anstellung.

Änderungsvorschlag:

Punkt IV.3 der Anlage wird gestrichen.

Zu IV. 5. der Anlage: Fachgebiet, für das die Anstellung erfolgt

Wir verweisen auf unsere Kommentierung zu III. 3. Die dortigen Ausführungen zu Zulassungs-Schwerpunkten gelten analog für Anstellungs-Schwerpunkte.

Änderungsvorschlag:

Nach dem Wort „Fachgebiet“ wird ein Komma und das Wort „Schwerpunkt“ eingefügt.

Zu IV. 9. der Anlage: Ruhen der Anstellung (Datum Beginn und Ende)

Analog zum Ruhen einer Zulassung kann auch eine Anstellung teilweise ruhen.

Änderungsvorschlag:

Nach dem Wort „Grund“ wird ein Komma und das Wort „Umfang“ eingefügt.

Zu V. 1. der Anlage: Datum des Ermächtigungsbescheids

Auch das Datum des Ermächtigungsbescheids ist keine Information für das Arztregister. Relevant für alle weiteren Prozesse ist allein das Datum des Beginns der Ermächtigung.

Änderungsvorschlag:

Punkt V.1 der Anlage wird gestrichen.

Zu V. 4. der Anlage: Ermächtigungsumfang

Ermächtigungen können auf sehr unterschiedliche und individuelle Art in ihrem Umfang festgelegt werden (z. B. Fachgebiet oder spezifische EBM-Positionen). Aus Sicht der KBV ist nicht ausreichend klar, welche Inhalte als Ermächtigungsumfang erhoben werden sollen. Ähnlich wie bei den besonderen Versorgungsbedürfnissen in Nr. III.9 der Anlage ist eine systematische Kodierung und quantitativ auswertbare Erhebung nicht sinnvoll möglich.

Zu V. 6-7. der Anlage: Arbeitsort, ggf. Name und Adresse der Einrichtung, in der die ermächtigte Person tätig ist

Die Punkte 6 und 7 sind redundant und kommen bei den Praxisangaben in Nr. VI erneut vor. Die erneute Nennung deutet darauf hin, dass die Angaben zur Praxis bei Ermächtigten nicht erfasst werden sollen. Nach Auffassung der KBV sollten hingegen grundsätzlich alle Angaben zur Praxis auch für Ermächtigte analog zu zugelassenen und angestellten Ärzten erhoben werden.

Zu VI. der Anlage: Praxisdaten

In der vorgesehenen Struktur der erhobenen Daten werden die Daten von Personen und Praxen separat aufgeführt. Ein Informationsfeld über die Verbindung zwischen diesen Daten (Zuordnung von Ärzten sowie Psychotherapeuten zu Praxen) ist dabei nicht vorgesehen, aber aus Sicht der KBV unbedingt erforderlich.

Änderungsvorschlag:

In III (Zulassung), IV (Anstellung) und V (Ermächtigung) werden die Betriebsstättennummern der zu den Personen zugeordneten Praxen und Nebenbetriebsstätten als eigene Punkte aufgeführt.

Art der Praxis oder Einrichtung

Aus Sicht der KBV sollte die Art der Praxis oder Einrichtung (z. B. MVZ, Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Zweigpraxis, Krankenhaus usw.) bei der Praxis mit erhoben werden. Die Art des Leistungsortes ermöglicht eine direkte Unterscheidung zwischen verschiedenen Praxisformen und ist für die Datenprüfung und-Auswertung erforderlich.

Änderungsvorschlag:

In VI wird ein Punkt „Art der Praxis/ Einrichtung“ eingefügt.

Haupt-Leistungsort

Aus Sicht der KBV muss das Merkmal „Haupt-Leistungsort“ (also der Vertragsarztsitz bzw. der Ort, an dem die Zählung in der Bedarfsplanung erfolgt) miterfasst werden. Dieser kann vom Praxissitz abweichen und sich an einer Nebenbetriebsstätte befinden (z. B. bei überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft oder bei überwiegender Tätigkeit an einer Zweigpraxis). Deshalb ist ein Kennzeichen notwendig, ob es sich beim Praxissitz (Betriebsstätte) um den Haupt-Leistungsort handelt.

Änderungsvorschlag:

In VI wird ein Punkt „Haupt-Leistungsort“ eingefügt.

Zu VI. 7.2.1. der Anlage: Datum des Genehmigungsbescheids

Das Datum des Genehmigungsbescheids bei Berufsausübungsgemeinschaften ist keine im Arztregister vorzuhaltende Information. Maßgeblich für sämtliche weiteren Prozesse ist allein das Datum des Zeitpunkts, zu dem die Berufsausübungsgemeinschaft genehmigt worden ist.

Änderungsvorschlag:

Der Punkt VI.7.2.1 der Anlage wird gestrichen.

Zu VI. 7.2.4 der Anlage: Art der BAG (örtliche, überörtliche, bezirksübergreifende BAG)

Die Aufzählung in Klammern ist unvollständig. Es fehlen Teil-BAG, BAG im MVZ und Jobsharing-BAG. Die Aufzählung ist zudem nicht erforderlich.

Änderungsvorschlag:

Die Klammern und der in den Klammern enthaltene Text werden gestrichen.

Zu VI. 7.3 der Anlage: Praxisgemeinschaft (weitere Mitglieder)

Das Erkenntnisinteresse durch diese Angabe ist unklar. Im Falle der Aufnahme sollte dahingehend eine begriffliche Präzisierung vorgenommen werden, dass Praxisgemeinschaften gemäß § 33 Abs. 1 gemeint sind.

Änderungsvorschlag:

Der Punkt VI.7.3 der Anlage wird gestrichen, hilfsweise um den Zusatz Praxisgemeinschaften „gemäß § 33 Abs. 1“ ergänzt.

Zu VI. 8. der Anlage: Nebenbetriebsstätte

Gemeindeschlüssel der Nebenbetriebsstätte

Aus Sicht der KBV sollten Angaben zum amtlichen Gemeindeschlüssel der Nebenbetriebsstätte analog zur Praxis erfasst werden.

Änderungsvorschlag:

In VI.8 wird ein Unterpunkt „Amtlicher Gemeindeschlüssel der Nebenbetriebsstätte“ eingefügt.

Art des Leistungsortes der Nebenbetriebsstätte

Unseres Erachtens sollte die Art des Leistungsortes (z. B. Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Zweigpraxis, Krankenhaus usw.) bei der Nebenbetriebsstätte mit erhoben werden. Die Art des Leistungsortes ist bei den Nebenbetriebsstätten notwendig, um unterscheiden zu können, ob es sich um beispielsweise eine Zweigpraxis, ein Krankenhaus (bei belegärztlicher Tätigkeit) oder um die Nebenbetriebsstätte einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft handelt.

Änderungsvorschlag:

In VI.8 wird ein eigener Unterpunkt „Art des Leistungsortes“ eingefügt.

Merkmal „Haupt-Leistungsort“

Aus Sicht der KBV muss das Merkmal „Haupt-Leistungsort“ (also der Vertragsarztsitz bzw. der Ort, an dem die Zählung in der Bedarfsplanung erfolgt) erfasst werden. Dieser kann vom Praxissitz abweichen und sich an einer Nebenbetriebsstätte befinden (z. B. bei überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft oder bei überwiegender Tätigkeit an einer Zweigpraxis). Deshalb ist ein Kennzeichen notwendig, ob es sich bei einer Nebenbetriebsstätte um den Haupt-Leistungsort handelt.

Änderungsvorschlag:

In VI.8 wird ein Unterpunkt „Haupt-Leistungsort“ eingefügt.

Zu VI. 8.2 der Anlage: Nebenbetriebsstätte: Datum des Genehmigungsbescheids

Das Datum des Genehmigungsbescheids für Nebenbetriebsstätten ist ebenfalls keine in das Arztregister aufzunehmende Information.

Änderungsvorschlag:

Der Punkt VI.8.2 der Anlage wird gestrichen.

Zu VI. 10.1 Belegärztliche Tätigkeit (Anzahl Belegbetten)

Belegarztverträge können von einzelnen Vertragsärzten im Rahmen ihrer Zulassung geschlossen werden (§ 121 Abs. 2 SGB V). Auch im MVZ angestellte Ärzte können als Belegärzte anerkannt werden (BSG, Urt. v. 23.03.2011, Az. B 6 KA 15/10 R). Strukturell gehört diese Information nicht in die Praxisdaten, sondern in die Zulassungs-/Anstellungs-Daten. Außerdem sollten das Beginn- und Enddatum der Belegarztanerkennung mit erhoben werden.

Änderungsvorschlag:

Der Punkt Belegärztliche Tätigkeit (Anzahl Belegbetten) wird in die personenbezogenen Abschnitte in Nr. III (Zulassungsdaten) und Nr. IV (Anstellungsdaten) eingefügt. Nach den Worten „Anzahl Belegbetten“ wird ein Komma und die Worte „Beginn- und Enddatum der Belegarztanerkennung“ eingefügt.

Zu VI. 10.2 der Anlage: anzeigepflichtige Nebentätigkeiten

Aus Sicht der KBV ist die Aufnahme der anzeigepflichtigen Nebentätigkeiten entbehrlich und VI. 10.2 zu streichen. Nebentätigkeiten im Sinne von § 20 sind nicht anzeigepflichtig; die Kassenärztliche Vereinigung hat lediglich ein Fragerecht bezüglich anderweitiger Tätigkeiten (BSG, Beschl. v. 15.08.2012 – Az. B 6 KA 15/12 B, Rn. 13).

Sollte an der Information festgehalten werden, sind anzeigepflichtige Nebentätigkeiten jedenfalls keine Eigenschaft der Praxis, sondern der in der Praxis tätigen Personen. Folglich sollte die Angabe auch in der Anlage als Teil von Nr. III (Zulassungsdaten) und Nr. IV (Anstellungsdaten) aufgeführt werden.

Änderungsvorschlag für den Fall des Festhaltens an dieser Angabe:

Der Punkt anzeigepflichtige Nebentätigkeiten wird in die personenbezogenen Abschnitte in Nr. III (Zulassungsdaten) und Nr. IV (Anstellungsdaten) eingefügt.

Zu VII. der Anlage: Daten zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

Die KBV begrüßt zur Schaffung von Transparenz die systematische Erfassung struktureller Eigenschaften von Versorgungseinrichtungen und insbesondere von MVZ. Dabei nehmen Polikliniken (§ 402 SGB V), KV-Eigeneinrichtungen (§ 105 Abs. 5 SGB V) und kommunale Eigeneinrichtungen (§ 105 Abs. 1c SGB V) auch an der vertragsärztlichen Versorgung teil und sollten wie MVZ Berücksichtigung finden.

Änderungsvorschlag:

Nummer VII wird wie folgt benannt: „Daten zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Einrichtungen nach § 402 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunalen Eigeneinrichtungen“.

In Nr. VII der Anlage fehlen allerdings mehrere Angaben, um alle Eigenschaften abzubilden, die ein MVZ in der vertragsärztlichen Versorgung tragen kann:

Teilnahme an Berufsausübungsgemeinschaft:

Die Gliederung der Anlage trennt zwischen die Person betreffenden Angaben (III-V), die Praxis betreffende Angaben (VI) und das MVZ betreffende Angaben (VII). Bei Berufsausübungsgemeinschaften führt diese Trennung zu Konflikten. Das Feld zur Angabe der Berufsausübungsgemeinschaft fehlt in Nr. VII in der vorgesehenen Gliederung der Anlage. Deshalb können Berufsausübungsgemeinschaften von einem MVZ mit einem oder mehreren anderen MVZ oder einem Vertragsarzt nicht dargestellt werden. Daher müsste die Angabe der Berufsausübungsgemeinschaft auch in Nr. VII (MVZ) angegeben werden.

Alternativ schlägt die KBV vor, die strukturelle Trennung zwischen Praxen und Einrichtungen/MVZ aufzuheben. Ein Vorschlag für eine solche alternative Gliederung ist am Ende der Kommentierung enthalten. Dieser Vorschlag soll alle rechtlich möglichen Konstellationen (komplexe Strukturen durch Beteiligung von MVZ - ggfs. mit Zweigpraxen - an überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften mit MVZ und/oder Vertragsärzten) abbildbar machen.

Teilnahme an Praxisnetzen

MVZ können an Praxisnetzen teilnehmen. Als mögliche Lösung könnte unter VII. ein Datenfeld zu Praxisnetzen eingeführt werden.

Zu VII.7 und VII.10 der Anlage: Name der ärztlichen Leitung und Gründer

Die KBV begrüßt die Aufnahme der Angaben zur ärztlichen Leitung und zu den MVZ-Gründern als sinnvollen Schritt, um die Transparenz in diesem Bereich zu erhöhen. Zur Erleichterung der Datenhaltung und -auswertung schlagen wir vor, neben dem Namen auch die Arztnummer der ärztlichen Leitung nach § 293 Abs. 4 SGB V aufzunehmen.

Für die Begriffe „Gründer“ und „Träger“ liegen keine hinreichenden Legaldefinitionen vor. Eine Präzisierung, welche Gesellschaften damit gemeint sind und eine Konkretisierung der vorgesehenen Inhalte ist wünschenswert. Zudem muss zweifelsfrei feststehen, dass jeweils die aktuell gründungsberechtigten Gesellschafter bzw. Gesellschaften erfasst werden. Neben dem Namen des Gründers ist zudem die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Gründerkreis anzugeben (z. B. Vertragsarzt, zugelassenes Krankenhaus).

Beim Träger sollte konkretisiert werden, dass sowohl Firmierung als auch die Rechtsform anzugeben sind.

Auch um klarzustellen, dass mit der Rechtsform die des Trägers gemeint ist, sollte diese in der Gliederung als unmittelbare Eigenschaft des Trägers aufgeführt werden. Die im Entwurf angelegte Systematik als eigener, systematisch dem MVZ direkt zugeordneter Punkt (VII.8) lässt die Lesart zu, dass die Rechtsform des MVZ gemeint ist, nicht die des Trägers.

Änderungsvorschlag:

In Nr. VII.7 werden nach dem Wort „Name“ die Worte „und Arztnummer nach § 293 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Nr. VII.8 wird gestrichen

Nr. VII.9 wird zu Nr. 8 und wie folgt gefasst: „Träger bei MVZ (Firmierung, Rechtsform)“

Nr. VII.10 wird zu Nr. 9 und wie folgt gefasst: „Gründungsberechtigte Gesellschafter/Gesellschaften (Name, Gründerkreis)“

Zu VII. 11. der Anlage: Datum des Zulassungsbescheids und des Beginns der Zulassung

Wie zu allen anderen Bescheiddaten angemerkt, ist auch das Datum des MVZ-Zulassungsbescheids keine im Arztregister zu erfassende Information.

Änderungsvorschlag:

Die Worte „des Zulassungsbescheids und“ werden gestrichen.

Zu VII. 13. der Anlage: Im MVZ tätige Ärzte und die sich aus der Zulassung oder Anstellungsgenehmigung ergebenden Fachgebiete

Die separate Erhebung der Fachrichtungen der im MVZ tätigen Personen ist redundant. Die Angaben zur Fachrichtung werden bereits in Nr. IV (Anstellungsdaten) und Nr. III (Zulassungsdaten) aufgeführt. Konsistenter ist eine Erhebung aller personengebundenen Informationen bei den Personen in Nr. III-V, eine separate Erhebung der einrichtungsbezogenen Informationen sowie eine Verknüpfung der Personen und Einrichtungen. Am Ende der Kommentierung ist eine alternative Gliederung aufgeführt, in der diese Datensystematik abgebildet wird.

Vorschlag für eine alternative Gliederung der Anlage

Unter Beachtung unserer Ausführungen zu Nr. 29 schlägt die KBV vor, die Anlage zu § 2 wie folgt zu fassen:

Anlage (zu § 2)

Das Arztregister hat folgende Angaben zu enthalten:

I. Stammdaten

1. Laufende Nummer (Eintragsnummer)
2. Datum Eintragung/Erfassung in das Arztregister
3. Umschreibung aus einem bisherigen Arztregister
4. Streichung aus dem Arztregister (Datum und Grund)
5. Umschreibung in ein neues Arztregister
6. Arztnummer nach § 293 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
7. Titel
8. Name
9. Vorname(n)
10. Geschlecht
11. Geburtsdatum
12. Geburtsort
13. Wohnort/-anschrift
14. Telekommunikationsdaten
15. Staatsangehörigkeit
16. Fremdsprachenkenntnisse

II. Aus- und Weiterbildungsdaten

1. Approbation
 - 1.1 Erteilung (Datum und erteilende Behörde)
 - 1.2 Widerruf oder Rücknahme (Datum Wirksamwerden)
 - 1.3 Ruhen (Datum Beginn und Ende)

1.4 Berufsverbot (Datum Beginn und Ende)

1.5 Verzicht (Datum des Verzichts)

2. Staatsexamen (Ort und Datum)

3. Promotion (Datum)

4. Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs oder unbefristete Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs nach den §§ 10, 10a Bundesärzteordnung (BÄO) (Erlaubnistatbestand und Datum Beginn und Ende)

5. Dienstleistungserbringung nach § 10b BÄO (Datum Beginn und Ende der Meldungen nach § 10b Absatz 2 BÄO)

6. Fachgebiets- und Schwerpunktbezeichnung (Fachgebiet, Schwerpunkt und Datum)

7. Psychotherapie-Richtlinienverfahren (Bezeichnung und Datum Anerkennung)

8. Zusatzbezeichnungen (Bezeichnung und Datum Anerkennung)

III. Teilnahmedaten

1. Datum des Beginns der Zulassung, Datum des Beginns des Arbeitsverhältnisses bei Anstellung, Datum des Beginns der Ermächtigung

2. Datum des Endes der Zulassung und Grund der Beendigung (z.B. Verzicht, Umwandlung in Anstellung, Entziehung), Datum des Endes des Arbeitsverhältnisses bei Anstellung, Datum des Endes der Ermächtigung

3. Fachgebiete und gegebenenfalls Schwerpunkte, für die die Zulassung/ Anstellung/ Ermächtigung erteilt wird

4. Rechtsgrundlage der Zulassung/ Anstellung/ Ermächtigung

5. Beschränkungen der Zulassung/ Anstellung/ Ermächtigung

6. Umfang der Zulassung/ Anstellung/ gegebenenfalls der Ermächtigung

7. Bei Ermächtigungen: Leistungsinhalt der Ermächtigung

8. Bei Anstellungen: Arbeitgeber

9. Ruhen der Zulassung/ Anstellung (Umfang, gegebenenfalls Grund und Datum Beginn und Ende)

10. Hausarzt-/Fachartztkennzeichnung bei Zulassungen/ Anstellungen

11. Belegärztliche Tätigkeit (Anzahl Belegbetten, Datum Beginn und Ende des Belegarztvertrages)

12. Anrechnung in der Bedarfsplanung (Anrechnungsfaktor, Arztgruppe, Betriebsstättennummer oder amtlicher Gemeindeschlüssel für die Zuordnung zum Planungsbereich)

13. Abrechnungsgenehmigungen für besonders qualitätsgesicherte Leistungsbereiche in der vertragsärztlichen Versorgung

14. Genehmigung zur Anstellung von Weiterbildungsassistenten nach §32a

15. Teilnahme an Netzverbund

16. Besondere Versorgungsbedürfnisse gemäß § 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

17. Betriebsstättennummern bzw. Nebenbetriebsstättennummern der Tätigkeitsorte
(Betriebsstättennummer, Datum Beginn und Ende der Tätigkeit am Leistungsort, Kennzeichen Haupt-Leistungsort)

VI. Daten zu Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren, Eigeneinrichtungen nach § 105 Absatz 1c und Absatz 5 und Einrichtungen nach § 402 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1. Name der Praxis bzw. der Einrichtung

2. Betriebsstättennummer

3. Art der Praxis/ Einrichtung

4. Anschrift

5. Telekommunikationsdaten

6. Sprechstundenzeiten

7. Informationen zur Barrierefreiheit

8. Teilnahme an Praxisnetz

9. Daten zu Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)

9.1. Datum des Beginns der BAG

9.2 Datum des Endes der BAG

9.3. Mitglieder der BAG

9.4. Art der BAG

9.5. Betriebsstättennummer der BAG

10. Zusätzliche Daten zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Eigeneinrichtungen nach § 105 Absatz 1c und Absatz 5 und Einrichtungen nach § 402 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

10.1. Name der Einrichtung

10.2. Betriebsstättennummer der Einrichtung

10.3. Name und Arztnummer nach § 293 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der ärztlichen Leitung bei MVZ

10.4. Träger bei MVZ (Firmierung, Rechtsform)

10.5. Gründungsberechtigte Gesellschafter/Gesellschaften bei MVZ (Name, Anschrift, Gründerkreis)

10.6. Datum des Beginns der Zulassung

10.7. Datum des Endes der Zulassung und Grund der Beendigung

10.8. Der Einrichtung zugehörige (dort zugelassene/angestellte/ermächtigte) Ärzte

10.9 Zur Einrichtung zugehörige Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte

11. Zur Praxis zugehörige Nebenbetriebsstätte

11.1. Nebenbetriebsstättennummer

11.2 Beginn- und Enddatum der Gültigkeit der Nebenbetriebsstättennummer

11.3 Art der Nebenbetriebsstätte

11.4. Anschrift

11.5. Telekommunikationsdaten

11.6. Sprechstundenzeiten

11.7. Informationen zur Barrierefreiheit

WEITERE ÄNDERUNGS- UND ERGÄNZUNGSVORSCHLÄGE

Nach Auffassung der KBV gibt es neben den im Referentenentwurf aufgeführten Punkten weitere bislang nicht berücksichtigte Aspekte, die mit der Reform der Ärzte-ZV ebenfalls umgesetzt werden sollten. Diese betreffen allerdings zum Teil auch Änderungen des SGB V, sodass der Referentenentwurf nicht durch das Bundesministerium für Gesundheit im Verordnungswege umgesetzt werden könnte, sondern gemeinsam mit den Änderungen des SGB V als Gesetz vom Bundestag verabschiedet werden müsste.

Hierbei handelt es sich im Einzelnen um folgende Punkte:

§ 5

§ 5 Abs. 2 sieht nach der Zulassung eine Umschreibung des Arztes in das Arztregister vor, das für den Vertragsarztsitz geführt wird. Es gibt allerdings Ärzte, die in mehreren KV-Bezirken zugelassen sind. Um einen bundeseinheitlichen Umgang mit diesen Personen zu erreichen, sollte geregelt werden, dass mehr als eine Arztregistereintragung möglich ist und in derartigen Fällen eine Umschreibung in sämtliche für die einzelnen Vertragsarztsitze zuständigen Arztregister erfolgt.

§ 6

Nach § 6 Abs. 1 sind das Ruhen, der Widerruf und die Rücknahme der Approbation sowie der Verzicht hierauf im Arztregister kenntlich zu machen. Diese Informationen hat die Kassenärztliche Vereinigung jedoch nur, wenn der Arzt seiner Mitteilungsverpflichtung nach § 4 Abs. 5 nachkommt, deren Verletzung jedoch nicht sanktioniert ist. Es soll daher eine Regelung aufgenommen werden, die die Approbationsbehörde dazu verpflichtet, diese arztregisterrelevanten Informationen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu übermitteln.

§ 8 ABS. 1, ABS. 2

Nach dem insoweit nicht geänderten § 8 Abs. 1 beschließt der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung oder die durch die Satzung bestimmte Stelle über Eintragungen und Streichungen oder Löschungen im Arztregister und in den Registerakten. Eine innerkörperschaftliche Zuständigkeitsregelung ist an dieser Stelle – wie bei allen anderen Regelungen der Ärzte-ZV – jedoch nicht erforderlich. Zudem sollte der Begriff „Löschung“ wieder gestrichen werden.

Wir schlagen vor, § 8 Abs. 1 und Abs. 2 wie folgt zu ändern:

(1) Über Eintragungen und Streichungen ~~oder Löschungen~~ im Arztregister und in den Registerakten beschließt ~~der Vorstand der~~ die Kassenärztlichen Vereinigung ~~oder die durch die Satzung bestimmte Stelle~~.

(2) Der Arzt erhält über die seine Person betreffenden Eintragungen und Streichungen ~~oder Löschungen~~ sowie über die Ablehnung seiner Anträge auf Eintragung, Streichung oder Löschung einen schriftlichen Bescheid.

§ 15

Mit der Änderung Nr. 10 soll § 11 Abs. 3 dahingehend erweitert werden, dass die Zulassungsbezirke künftig nicht nur in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen zuständigen Blättern, sondern auch in dem dafür vorgesehenen elektronischen Portal bekanntgegeben werden können. Dies ist zu begrüßen.

In § 15 ist dagegen für die Ausschreibung von Vertragsarztsitzen weiterhin eine Ausschreibung ausschließlich in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern vorgesehen. Die KBV hält es für geboten, auch hier die Veröffentlichungsmöglichkeit zu erweitern. Dies müsste wegen des Verordnungskarakters der Ärzte-ZV mit einer Änderung des § 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V einhergehen.

§ 19 ABS. 2

Das Bundesverfassungsgericht (Beschl. v. 29.09.2016 – Az. 1 BvR 1326/15) hat § 19 Abs. 3 für nichtig erklärt, weil die Norm nicht von der Ermächtigungsgrundlage des § 98 Abs. 1 SGB V gedeckt war. Infolgedessen wurde § 19 Abs. 3 mit dem TSVG förmlich aufgehoben und ihr Regelungsgehalt in § 95 Abs. 7 Satz 1 SGB V überführt. Dies führt zu einem § 19 Abs. 2 betreffenden Folgeproblem:

Nach § 19 Abs. 2 ist im Beschluss über die Zulassung der Zeitpunkt festzusetzen, bis zu dem die vertragsärztliche Tätigkeit aufzunehmen ist. Satz 2 bestimmt, dass der Zulassungsausschuss beim Vorliegen wichtiger Gründe auf Antrag des Arztes nachträglich einen späteren Zeitpunkt festsetzen kann. Diese Möglichkeit ist durch § 95 Abs. 7 Satz 1 SGB V erheblich eingeschränkt worden. Wegen des Vorrangs des SGB V gegenüber der Ärzte-ZV und der fehlenden gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage zur Abweichung von der gesetzlichen Frist in § 95 Abs. 7 Satz 1 SGB V darf der Zulassungsausschuss in gesperrten Planungsbereichen keinen späteren Aufnahmebeginn als drei Monate nach Zustellung des Zulassungsbescheids festsetzen (*Pawlita*, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 95 SGB V (Stand: 04.10.2022), § 95 Rn. 1090). Um dies den Zulassungsausschüssen beim Vorliegen wichtiger Gründe wieder zu ermöglichen – derzeit bleibt als Behelfslösung zur Ermöglichung eines späteren Tätigkeitsbeginns lediglich die Anordnung des Ruhens der Zulassung – sollte das SGB V um die erforderliche Ermächtigungsgrundlage ergänzt werden.

Die KBV schlägt vor, nach § 95 Abs. 7 Satz 1 SGB V folgenden Satz 2 einzufügen:

Die Zulassungsgremien können beim Vorliegen eines wichtigen Grundes auf Antrag des Arztes einen späteren als den in Satz 1 genannten Zeitpunkt für die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit festsetzen; in diesem Fall endet die Zulassung bei Nichtaufnahme der Tätigkeit bis zu diesem Zeitpunkt.

§ 36

1. Nach § 36 Abs. 1 Satz 1 beschließt der Zulassungsausschuss in Sitzungen. Diese sind regelmäßig in Präsenz bei persönlicher Anwesenheit aller Sitzungsteilnehmer im Sitzungsraum durchzuführen. Unter bestimmten Voraussetzungen können sie mittels Videotechnik stattfinden.

Diese Regelung führt dazu, dass Entscheidungen des Zulassungsausschusses derzeit nicht im Umlaufverfahren möglich sind. Allerdings betrifft ein nicht unerheblicher Anteil der dem Zulassungsausschuss zur Entscheidung vorliegenden Anträge gebundene Entscheidungen, bei denen er keine Bedarfsprüfung durchführt und rein administrativ tätig wird. Dies gilt etwa für die Erteilung von Anstellungsgenehmigungen für in MVZ und Berufungsausübungsgemeinschaften tätige Ärzte ohne Gesellschafterstellung, wenn ein angestellter Arzt die Einrichtung verlässt und ein anderer Arzt diese Stelle

übernimmt oder bei einer Änderung des Beschäftigungsumfangs eines angestellten Arztes. Genauso liegt es bei gebundenen Entscheidungen über bestimmte Institutsermächtigungen – etwa nach § 118 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Trotz umfassender Vorbereitung der Beschlussvorlagen durch die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses nehmen die Entscheidungen des Ausschusses über diese Anträge Zeit in Anspruch, die für komplexe Verfahren und streitige Auseinandersetzungen fehlt, die deshalb länger dauern. Zur Verschlankung der Arbeitsabläufe und zur Beschleunigung der Verfahren – etwa einer schnelleren Zulassung von Haus- und Fachärzten in unterversorgten Planungsbereichen – sollte der Vorsitzende die Befugnis zur Anordnung erhalten, dass der Zulassungsausschuss über solche Anträge nicht in einer Sitzung, sondern im Umlaufverfahren entscheidet. Wegen der gesetzlichen Teilnahmerechte an den Sitzungen ist in den Fällen des § 140f Abs. 3 SGB V und des § 96 Abs. 2a SGB V die Zustimmung der Patientenvertretung bzw. der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde einzuholen.

§ 36 Abs. 1 Satz 1 sollte daher wie folgt geändert werden:

Der Zulassungsausschuss beschließt **vorbehaltlich einer Beschlussfassung gemäß Abs. 5** in Sitzungen.

Nach Abs. 5 werden folgende Absätze 6 und 7 eingefügt:

(6) Der Vorsitzende des Zulassungsausschusses kann in Verfahren mit gebundener Entscheidung sowie in Angelegenheiten ohne Auswahlentscheidung nach pflichtgemäßem Ermessen ein schriftliches Beschlussverfahren des Zulassungsausschusses ohne Sitzung anordnen. In den Fällen des § 140 f Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist die Zustimmung der Patientenvertretung und in den Fällen des § 96 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde erforderlich.

(7) Für die schriftliche Beschlussfassung erhalten die Mitglieder des Zulassungsausschusses einen Entwurf des vom Vorsitzenden vorbereiteten Beschlusses sowie die für die Entscheidungen notwendigen Unterlagen; dies kann auch in elektronischer Form geschehen. Die Vorschriften der Absätze 2 bis 5 gelten entsprechend.

2. Nach § 36 Abs. 3 kann eine Sitzung unter bestimmten Voraussetzungen auch mittels Videotechnik (rein virtuell oder hybrid) durchgeführt werden. Die Entscheidung trifft der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen. Die Entscheidung über das Sitzungsformat kann in einer Video-oder Telefonkonferenz getroffen werden. Sie muss aber gemäß § 36 Abs. 3 Satz 4 einstimmig ergehen.

Das Einstimmigkeitserfordernis wird in der Ausschussbegründung zum GVWG (BT-Drs. 19/30560, S. 94) damit begründet, die Beurteilung, ob ein rechtfertigender Grund im Sinne des § 36 Abs. 3 Satz 1 vorläge und die Bestimmung der richtigen Sitzungsform nach § 36 Abs. 3 Satz 3 sei ein komplexer Abwägungsprozess. Es seien auch individuelle, in der Person des Einzelnen liegende Gesichtspunkte in die Entscheidung einzubeziehen.

Die KBV hält das Einstimmigkeitserfordernis sowohl für das „Ob“ als auch für das „Wie“ der virtuellen Sitzung für überzogen. Eine Entscheidung über das Format der Sitzung ist nicht komplexer als die vom Zulassungsausschuss zu treffenden Sachentscheidungen, welche gemäß § 96 Abs. 2 Satz 6 SGB V mit einfacher Stimmenmehrheit ergehen (zur deutlichen Abweichung der Regelung des § 36 Abs. 3 Satz 4 gegenüber dem Mehrheitsprinzip s.a. *Ladurner*, MedR 2022, 83, 85). Soweit in der Ausschussbegründung auf individuelle, personenbezogene Gesichtspunkte hingewiesen wird, kann dies das Einstimmigkeitserfordernis ebenfalls nicht rechtfertigen. Diese Gesichtspunkte können nach unserem Dafürhalten ausschließlich dazu führen, dass ein Ausschussmitglied aus Gründen des individuellen Gesundheitsschutzes oder aus anderen gewichtigen Gründen *nicht* in Präsenz an einer Sitzung teilnehmen möchte. Dieses Ansinnen wird aber deutlich erschwert, wenn nur einstimmig vom Regelfall der Präsenzsitzung abgewichen werden kann. Denn so kann ein einziges Ausschussmitglied mit seinem Veto die Präsenz aller Mitglieder in der Sitzung erzwingen.

Nach Auffassung der KBV sind § 36 Abs. 3 Satz 4 ersatzlos und in § 36 Abs. 3 Satz 5 die Formulierung „und die Bestätigung der Einstimmigkeit der Beschlussfassung durch den Vorsitzenden“ zu streichen. Es gilt dann für die Entscheidung des Zulassungsausschusses über das Sitzungsformat wie für von ihm zu treffende Sachentscheidungen § 96 Abs. 2 Satz 6 SGB V.

§ 37 Abs. 1

§ 37 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 bestimmen derzeit, dass über Zulassungen und über die Entziehung von Zulassungen der Ausschuss nach mündlicher Verhandlung beschließt. In allen anderen Fällen kann er eine mündliche Verhandlung anberaumen.

Diese Regelung ist zu bürokratisch. Nach dem Wortlaut des § 37 Abs. 1 Satz 2 müsste der Ausschuss bereits in der vorangehenden Sitzung eine Entscheidung darüber treffen, ob bei den Anträgen, über die in der nächsten Sitzung entschieden werden soll, eine mündliche Verhandlung durchgeführt werden soll. Dies ist kaum durchführbar und zieht das Verfahren unnötig in die Länge. Deshalb schlagen wir vor, dass – wenn in einer Sitzung und nicht im Umlaufverfahren entschieden wird – bei bestimmten Verfahren die Entscheidung über die Durchführung einer mündlichen Verhandlung vom Vorsitzenden nach pflichtgemäßem Ermessen getroffen wird. Insbesondere bei gebundenen Entscheidungen – etwa der Erteilung einer Institutsermächtigung nach § 118 Abs. 1 Satz 1 SGB V oder der Nachbesetzung einer MVZ-Angestelltenstelle – ist eine mündliche Verhandlung entbehrlich. Insoweit wird die in § 36 Abs. 1, Abs. 6 und Abs. 7 vorgeschlagene Änderung ergänzt und ein weiterer Beitrag zur Verschlinkung der Verfahren geleistet. Zugleich wird klargestellt, dass bei bestimmten Angelegenheiten die Durchführung einer mündlichen Verhandlung zwingend ist.

Wir schlagen vor, § 37 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 durch folgende Sätze zu ersetzen:

(1) Der Vorsitzende des Zulassungsausschusses entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen darüber, bei welchen Entscheidungen eine mündliche Verhandlung durchzuführen ist. Über Zulassungen im Auswahlverfahren, Sonderbedarfszulassungen und die Entziehung von Zulassungen hat der Zulassungsausschuss nach mündlicher Verhandlung zu entscheiden.

§ 45 Abs. 1

Nach § 45 Abs. 1 gilt der Widerspruch als zurückgenommen, wenn die Widerspruchsgebühr nach § 46 nicht innerhalb der gesetzten Frist entrichtet ist. Das Bundessozialgericht hat diese Norm mit dem Urteil vom 07.09.2022 (Az. B 6 KA 11/21 R) für nichtig erklärt. Die schriftliche Urteilsbegründung liegt noch nicht vor. Wie sich aus dem Terminbericht (auf der Homepage des Bundessozialgerichts abrufbar unter https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Verhandlungen/DE/2022/2022_09_07_B_06_KA_11_21_R.html, letzter Abruf am 19.12.2022) ergibt, fehlt es nach Auffassung des Senats für die Rücknahmefiktion an einer den Anforderungen des Art. 80 GG entsprechenden, hinreichend bestimmten gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage. § 45 Abs. 1 überschreite den gesetzlichen Rahmen der Ermächtigungsgrundlage des § 98 Abs. 2 Nr. 3 SGB V. Denn die Rücknahmefiktion des § 45 Abs. 1 entspreche nicht „den Grundsätzen des Vorverfahrens in der Sozialgerichtsbarkeit“. Insbesondere wegen des damit verbundenen Eingriffs in die durch Art. 19 Abs. 4 GG geschützte Rechtsschutzgarantie sei eine klare und bestimmte gesetzliche Grundlage erforderlich.

Diese gesetzliche Grundlage sollte kurzfristig geschaffen werden. Die Rücknahmefiktion ist ein wichtiges Instrument, auf das die Berufungsausschüsse nicht verzichten können. In der Ausschusspraxis werden Drittwidersprüche bisweilen allein mit dem Ziel eingelegt, die vom Zulassungsausschuss getroffene Auswahlentscheidung zugunsten eines Konkurrenten zu blockieren und zu verzögern, da der Widerspruch aufschiebende Wirkung hat. In solchen Fällen haben sich Widersprüche bislang oft durch die Nichtzahlung der Widerspruchsgebühr erledigt. Ohne die Rücknahmefiktion stehen die Berufungsausschüsse vor dem

Problem, dass gemäß § 45 Abs. 3 i. V. m. § 38 Satz 1 über gebührenpflichtige Anträge erst nach Entrichtung der zu zahlenden Gebühr verhandelt wird. Da die Anordnung der sofortigen Vollziehung dem erfolgreichen Konkurrenten kein hinreichendes Maß an Rechtssicherheit für Investitionsentscheidungen bietet, lässt sich eine Entscheidung über den Widerspruch allein durch die Stundung der Gebühren gemäß §§ 45 Abs. 3 i. V. m. § 38 Satz 2 erreichen. Dies ist aber weder sachgerecht noch ein geeignetes Mittel, um den in § 38 Satz 1 enthaltenen Grundsatz der Entscheidung erst nach Entrichtung der Gebühren in Drittwiderspruchsfällen generell nicht zu beachten.

Abgesehen davon sind die Berufungsausschüsse ohne die in § 45 Abs. 1 enthaltene Regelung dazu verpflichtet, im Rahmen der Widerspruchsentscheidung eine Auswahlentscheidung zu treffen. Diese schließt den Drittwiderspruchsführer ein, selbst wenn dieser tatsächlich kein Interesse an der Zulassung hat. Dies führt zu zusätzlichem, vermeidbarem Aufwand bei den Berufungsausschüssen. Zudem hat sich die seit 1957 in der Ärzte-ZV befindliche Regelung bis zu ihrer Nichtigerklärung bewährt und es ist einem Drittwiderspruchsführer zumutbar, innerhalb der vom Berufungsausschuss gesetzten Frist die Gebühr zu entrichten, um eine Sachentscheidung zu erreichen.

Wir schlagen vor, § 98 Abs. 2 Nr. 3 SGB V wie folgt ändern, um die für den Fortbestand des § 45 Abs. 1 erforderliche gesetzliche Ermächtigungsgrundlage zu schaffen:

3. das Verfahren der Ausschüsse ~~entsprechend den Grundsätzen des Vorverfahrens in der Sozialgerichtsbarkeit~~ **einschließlich Regelungen zur Annahme der Rücknahme von Anträgen und Widersprüchen bei Nichtzahlung von Gebühren sowie** der Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Durchführung von Sitzungen der Ausschüsse mittels Videotechnik,

§ 38 Satz 2

Die zu § 45 Abs. 1 angesprochene rechtliche Problematik stellt sich auch bei § 38 Satz 2. Danach gilt der Antrag als zurückgenommen, wenn die Gebühr – vorbehaltlich einer Stundung – nach Anforderung durch den Zulassungsausschuss nicht innerhalb der gesetzten Frist eingezahlt wird.

Diese Vorschrift ist noch praxisrelevanter als § 45 Abs. 1. In der Verwaltungspraxis der Zulassungsausschüsse ist zu beobachten, dass sich Ärzte und Psychotherapeuten nach der partiellen Entsperrung eines Planungsbereichs oder im Falle der Nachbesetzung eines Sitzes parallel auf mehrere Stellen bewerben. Wenn sie in einem Verfahren erfolgreich sind – oder sich für eine andere berufliche Option jenseits der vertragsärztlichen Tätigkeit entscheiden – werden die Zulassungsausschüsse hierüber nicht immer informiert. Bislang ist es wegen der Rücknahmefiktion des § 38 Satz 2 möglich, diese Bewerber ohne inhaltliche Befassung mit ihrem Antrag abzulehnen, weil sie regelmäßig auch die Antragsgebühr nicht bezahlen. Ohne diese Regelung müssten die Zulassungsausschüsse sie bei ihrer Auswahlentscheidung berücksichtigen – und zusätzlich die Regelung des § 38 Satz 1, wonach über gebührenpflichtige Anträge erst nach Zahlung der Gebühr zu entscheiden ist. Eine inhaltliche Befassung mit einem solchen Antrag würde aber – neben der 2020 hinzugekommenen Verpflichtung zur Prüfung der Berufshaftpflichtversicherung gemäß § 95e SGB V und des einer Anstellung entgegenstehenden Einflusses als MVZ-Gesellschafter im Sinne der BSG-Entscheidung vom 26.01.2022 (Az. B 6 KA 2/21 R) – zu einer weiteren erheblichen Mehrbelastung der Zulassungsausschüsse und zu einer Verlängerung der Zulassungsverfahren führen. Zudem bestünde die Gefahr, dass die Zulassungsausschüsse einen Bewerber im Nachbesetzungsverfahren auswählen, der im Zeitpunkt der Entscheidung des Zulassungsausschusses kein Interesse an dem Sitz mehr hat.

Diese Schwierigkeiten lassen sich durch die in den Ausführungen zu § 45 Abs. 1 aufgeführte Erweiterung der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage des § 98 Abs. 2 Nr. 3 SGB V vermeiden.

Kontakt:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1060
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 183.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.