

## Inhaltsverzeichnis

<b>Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) – Neue Chancen und Möglichkeiten für die (Zahn-)Ärzteschaft .....</b>	<b>S. 3</b>
<b>I. Einführung .....</b>	<b>S. 3</b>
<b>II. Probleme und Ziele .....</b>	<b>S. 3</b>
<b>III. Die wichtigsten Änderungen im Überblick .....</b>	<b>S. 5</b>
<b>A) Praxiswirksame Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) .....</b>	<b>S. 6</b>
1. Zahlungseinzug durch die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung .....	S. 6
2. Angestellte Ärzte als Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung .....	S. 6
3. Angleichung der Vergütung in Ost und West (nicht für Zahnärzte) .....	S. 7
4. Beschränkung des Versorgungsauftrages auf die hälftige Tätigkeit .....	S. 7
5. Gleichstellung von in MVZ angestellten Zahnärzten mit bei Vertrags- zahnärzten angestellten Ärzten .....	S. 7
6. Das Merkmal „fachübergreifend“ bei MVZ .....	S. 8
7. Das MVZ als „ärztlich geleitete“ Einrichtung .....	S. 8
8. Haftungsrechtliche Gleichstellung von juristischen Personen mit der Gemeinschaftspraxis .....	S. 9
9. Teilzulassung mit beschränktem Versorgungsauftrag/ „Beruf und Familie“ .....	S. 9
10. Anhebung der Altersgrenze über 68 Jahre hinaus .....	S. 9
11. Anstellung von Ärzten .....	S. 10
12. Teilzeitkräfte .....	S. 10
13. Überschreitung der 103 % Grenze .....	S. 11
14. Verzicht auf Vertragsarztsitz wegen Anstellung in einer Vertragsarzt- Praxis .....	S. 11
15. Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch ein MVZ .....	S. 11
16. Datenaustausch zwischen Kassenärztlicher und Kassenzahnärztlicher Vereinigung .....	S. 12

<b>B) Praxisrelevante Änderungen in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte .....</b>	<b>S. 12</b>
1. Tätigkeit und Kooperation des Vertragsarztes in „nicht-patienten- bezogenen“ Einrichtungen .....	S. 12
2. Überörtliche Tätigkeit .....	S. 13
3. Anhebung der Altersgrenze (über das 55. Lebensjahr hinaus) .....	S. 14
4. Gründung von „Kopfzentren“ und erleichterte Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften .....	S. 14
5. Keine Begründungspflicht bei Widersprüchen .....	S. 15
6. Gebührenerhöhung vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen .....	S. 15
<b>C) Praxisrelevante Änderungen in der Zulassungsverordnung für Vertrags- Zahnärzte .....</b>	<b>S. 16</b>
1. Beschränkung des Versorgungsauftrags .....	S. 16
2. Überörtliche Tätigkeit .....	S. 16
3. Anspruch auf Genehmigung der überörtlichen Tätigkeit .....	S. 17
4. Behandlung unter Mithilfe von angestellten Zahnärzten in überörtlicher Tätigkeit .....	S. 17
5. Anhebung der Altersgrenze (über das 55. Lebensjahr hinaus) .....	S. 18
6. Gründung von „Kopfzentren“ und erleichterte Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften .....	S. 18
7. Keine Begründungspflicht bei Widersprüchen .....	S. 18
8. Gebührenerhöhung vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen .....	S. 18
<b>D) Inkrafttreten am 01.01.2007 bzw. Änderungen durch den Bundesrat .....</b>	<b>S. 19</b>
<b>E) Schlussbetrachtung .....</b>	<b>S. 20</b>

## **Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) – Neue Chancen und Möglichkeiten für die (Zahn-)Ärzeschaft**

Der 107. Deutsche Ärztetag 2004 und der Deutsche Zahnärztetag 2004 haben das jeweilige Berufsrecht liberalisiert und flexibilisiert. Am 24.05.2006 ist der - lang ersehnte - Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsartrechts vom Bundeskabinett verabschiedet worden. Die Zustimmung des Bundesrates steht derzeit noch aus, wird aber wohl (siehe hierzu Gliederungspunkt D)) demnächst erfolgen, so dass das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) voraussichtlich zum 01.01.2007 in Kraft treten wird.

### **I. Einführung**

Der Entwurf des VÄG sieht vor, die Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften zu erleichtern, die Tätigkeit an weiteren Orten zu erlauben und die Zulässigkeit der Anstellung von (Zahn-)Ärzten in Vertrags(zahn)arztpraxen zu lockern. Dadurch soll das bisher geltende Vertrags(zahn)arztrecht transformiert werden, um die vertrags(zahn)ärztliche Berufsausübung effizienter und damit wettbewerbsfähiger zu gestalten.

Die dadurch entstehenden neuen Chancen und Möglichkeiten für die (Zahn-)Ärzeschaft können enorm sein, indem Konkurrenzsituationen abgemildert bzw. durch zusätzliche Tätigkeiten abgefangen werden können.

Die schnelle Umsetzung der sich durch das VÄG ergebenden neuen Chancen wird das Bild der medizinischen Leistungserbringer als Wettbewerber untereinander verändern. Es gilt dann für die Mediziner nur, auf den bereits anfahrenen Zug rechtzeitig aufzuspringen; bevor dies die Konkurrenz macht.

Ab 01.01.2007 gibt das VÄG - sollte sich die politische Struktur im Lande bis dahin nicht vollständig verändern - die lang ersehnten, wenn auch noch stark verbesserungsfähigen, Reaktionsmöglichkeiten.

### **II. Probleme und Ziele**

Trotz einer bundesweit ausreichenden hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung besteht in zahlreichen Regionen des Bundesgebiets kurz- oder mittelfristig die Gefahr von nicht unerheblichen Versorgungsengpässen. Dies gilt insbesondere in den neuen Bundesländern. Dadurch können die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen ihrem im 5. Sozialgesetzbuch obliegenden Sicherstellungsauftrag nicht mehr erfüllen. Sie sind nicht mehr (wenn sie es denn überhaupt schon einmal waren) in der Lage, allen

gesetzlich Krankenversicherten zu garantieren, in deren Einzugsbereich alle erforderlichen vertragsärztlichen Leistungen auch tatsächlich zu erhalten. Eine flächendeckende vertragsärztliche Versorgung scheint nicht (mehr) vorhanden, jedenfalls aber rückte sogar der Anschein einer solchen nun auch so sehr in die (fach)politische Diskussion, dass der Gesetzgeber gefragt war.

Es wurde erkannt, dass die bisherigen vertragsärztlichen, völlig unflexiblen Strukturen bei weitem nicht mehr ausreichen, weshalb neben den Maßnahmen zur vertrags(zahn)ärztlichen Flexibilisierung auch weitere organisationsrechtliche Instrumente zur Abmilderung regionaler Versorgungsprobleme erforderlich und notwendig sind.

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

Auf der individuellen Vertrags(zahn)arztebene enthält das neue Gesetz zahlreiche Erleichterungen der vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringung. So lässt das VÄG insbesondere

- örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften zwischen allen zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern zu, auch wenn der Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung überschritten wird  
  
und erlaubt
- die vertragsärztliche Tätigkeit an weiteren Orten, selbst dann, wenn der Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung überschritten wird.

Weiter wird

- die Anstellung von (Zahn)Ärzten ohne numerische Begrenzung, auch fachübergreifend, zugelassen sowie

- die Altersgrenze für den Zugang zur vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit von 55 Jahren und die Altersgrenze für das Ende der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit von 68 in unterversorgten Planungsbereichen aufgehoben.

Darüber hinaus enthält der Gesetzentwurf u. a. auch Regelungen

- zur Beseitigung von Schwierigkeiten bei der Gründung von medizinischen Versorgungszentren,
- zur Verlängerung der Anschubfinanzierung bei der integrierten Versorgung um 1 Jahr bis zum 31.12.2007,
- zur Klarstellung und finanziellen Absicherung der Beteiligung der Patientenvertreter(innen) in den Selbstverwaltungsgremien und
- zur Beseitigung der Schwierigkeiten beim Einzug der Praxisgebühr, wenn der Versicherte trotz einer schriftlichen Zahlungsaufforderung des (Zahn)Arztes nicht bezahlt.

Auf Landesebene wird den Aufsichtsbehörden und den Krankenkassen ermöglicht, noch wirksamer auf die Beseitigung von Versorgungslücken hinzuwirken, und zwar auch dann, wenn der (gesamte) Planungsbereich nicht unterversorgt ist. Darüber hinaus wird die wirtschaftliche Situation der Heilberufe in den neuen Ländern dadurch verbessert, dass der Vergütungsabschlag bei der Honorierung der Privatbehandlung in den entsprechenden staatlichen Gebührenordnungen aufgehoben wird.

Die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich wird auf den 01.01.2009 verschoben.

### **III. Die wichtigsten Änderungen im Überblick**

Eine - selbst kurze - Besprechung sämtlicher Änderungen würde den Rahmen dieses Übersichtsskripts sprengen, weshalb hier nur auf die wichtigsten Änderungen des VÄG eingegangen werden soll. Es werden vorliegend die in der Praxis relevanten Auswirkungen der Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) und die Änderungen der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte bzw. Vertragszahnärzte (Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV) skizziert, wobei die vorliegende Abhandlungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit beanspruchen.

## **A) Praxiswirksame Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V)**

### **1. Zahlungseinzug durch die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung (§ 43b Abs. 2 a Satz 4 und 5 SGB V)**

In Satz 4 ist nunmehr vorgesehen, dass die Kassenärztliche Vereinigung für den Vertragsarzt und die Krankenkassen den weiteren Zahlungseinzug übernimmt, wenn der Versicherte trotz einer schriftlichen Zahlungsaufforderung innerhalb einer vom Arzt gesetzten Frist nicht leistet. Inhaber der Forderung gegenüber den Versicherten auf Zahlung der Praxisgebühr bleibt die Krankenkasse. Es handelt sich um einen Fall gesetzlich geregelter Forderungseinziehung. Die Einziehungsbefugnis für die Forderung der Krankenkasse liegt also zunächst beim Leistungserbringer, hernach bei der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung, die jeweils die Forderung im Auftrag der Krankenkassen einzieht.

Mit dem neuen Satz 5 werden die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen für den Fall, dass Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht zahlen, ermächtigt, die Praxisgebühr durch einen entsprechenden Verwaltungsakt bei diesen einzufordern. Eines Vorverfahrens bedarf es nicht und eine Klage gegen den Bescheid hat keine aufschiebende Wirkung. Somit ist ein unbürokratisches und auch der Höhe der Forderung (10 Euro) angemessenes Verfahren gewährleistet.

### **2. Angestellte Ärzte als Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 77 Abs. 3 SGB V)**

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

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

Damit werden neben den nach § 95 Abs. 9 Satz 1 n.F. in Vertragsarztpraxen angestellten Ärzten, für die keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind, diejenigen angestellten Ärzte, die einer Arztgruppe angehören, für

die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind (§ 95 Abs. 9 Satz 2 n.F. i.V.m. § 101 Abs. 1 Nr. 5) sowie bei Hausärzten angestellte Inhaber von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an Hochschulen, Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Diese angestellten Ärzte können deshalb wie die angestellten Ärzte in MVZ durch Ausübung ihres Wahlrechts die Ausgestaltung der Aufgabenwahrnehmung der Kassenärztlichen Vereinigung mitbestimmen.

Im neuen Satz 2 wird als Voraussetzung für die Entstehung von Mitgliedschaftsrechten angestellter Ärzte eine zeitliche Mindestbeschäftigungsschwelle (Halbtags­tätigkeit) festgelegt.

### **3. Angleichung der Vergütung in Ost und West (nicht für Zahnärzte) (§ 85 SGB V)**

Die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführte Regelung zur Erhöhung der Gesamtvergütungen in den neuen Ländern in den Jahren 2004 bis 2006 um zusätzlich insg. 3,8 v.H. und zur Absenkung der Gesamtvergütungen in den alten Ländern im gleichen Zeitraum um insg. 0,6 v.H. dient der Angleichung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen je Vertragsarzt. Sie bezieht sich vom Sinn und Zweck her nur auf den vertragsärztlichen Bereich und eine Anwendung im vertragszahnärztlichen Bereich war nicht Ziel der Regelung. Die vorgesehene Klarstellung schließt nunmehr ausdrücklich den vertragszahnärztlichen Bereich von der Geltung der Vorschrift aus.

### **4. Beschränkung des Versorgungsauftrages auf hälftige Tätigkeit (§ 85 Buchstabe b SGB V)**

Die Folgeänderung zu § 95 Abs. 3 Satz 1 mit der Vertragsärzten ermöglicht wird, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte zu beschränken, stellt klar, dass die im Verteilungsmaßstab zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit vorzusehenden Regelungen den aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag zu berücksichtigen haben. Diese Regelungen haben deshalb sicherzustellen, dass Vertragsärzte, die nur über einen hälftigen Versorgungsauftrag verfügen, nicht über diesen Versorgungsauftrag hinaus tätig werden und entsprechend abrechnen.

### **5. Gleichstellung von in MVZ angestellten Zahnärzten mit bei Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzten (§ 85 Buchstabe c SGB V)**

Mit Änderung des Absatzes 4b wird die Degressionsregelung für die vertragszahnärztliche Vergütung an die durch dieses Gesetz geschaffenen

Möglichkeiten zur Anstellung von Zahnärzten angepasst. Ziel der Regelung ist es, dass für alle Zahnärzte, die in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, die Punktmengengrenzen des Absatzes 4 b Satz 1 gelten. Damit werden die angestellten Zahnärzte im MVZ und die bei Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte in einen Planungsbereich ohne Zulassungsbeschränkungen den Vertragszahnärzten hinsichtlich der Degressionsberechnung gleichgestellt.

Für die bei einem Vertragszahnarzt angestellten Zahnärzte in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen bestehen, bleibt es bei den Regelungen zur Leistungsbegrenzung, da diese angestellten Zahnärzte wie bisher nicht bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

## **6. Das Merkmal „fachübergreifend“ bei MVZ (§ 95 SGB)**

Die Änderung stellt klar, dass nunmehr alle möglichen Kombinationen verschiedener Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen das Tatbestandsmerkmal „fachübergreifend“ erfüllen. Angeknüpft wird hierbei an die Regelungen der (Muster)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer, so dass die Anwendungspraxis der Zulassungsausschüsse und die Gründung von MVZ erleichtert wird.

Davon ausgenommen sind die Hausärzte. Ärzte mit verschiedenen Facharztbezeichnungen, die die hausärztliche Versorgung gewählt haben sowie überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, decken denselben Versorgungsbereich ab und können daher das gesetzgeberische Ziel der MVZ, dem Versicherten eine Versorgung aus einer Hand zu bieten, nicht umsetzen.

Ein hausärztlicher und ein fachärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung erbringen dagegen, obwohl sie dieselben Facharztbezeichnungen führen, unterschiedliche Leistungen und können eine fachübergreifende Versorgung gewährleisten.

## **7. Das MVZ als „ärztlich geleitete“ Einrichtung (§ 95 Buchstabe a SGB)**

Zukünftig wird es ausreichend sein, dass ein MVZ auch dann als „ärztlich geleitete“ Einrichtung anzusehen ist, wenn eine kooperative Leitung besteht. Sind in einem MVZ sowohl Ärzte oder Zahnärzte oder Ärzte und Psychotherapeuten oder Zahnärzte und Psychotherapeuten gemeinsam tätig, erscheint es sinnvoll, mittels kooperativer Leitung eine Zusammenarbeit zu fördern. Möglich ist daher z.B. die gemeinsame Leitung eines Arztes und eines Zahnarztes, wenn in dem MVZ Angehörige beider Berufe tätig sind.

## **8. Haftungsrechtliche Gleichstellung von juristischen Personen mit der Gemeinschaftspraxis (§ 95 Buchstabe b SGB V)**

Diese neue Regelung stellt kooperative Versorgungsformen, die in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert sind, haftungsrechtlich den als Personengesellschaften organisierten kooperativen Organisationsformen (z. B. Gemeinschaftspraxis) in einem wichtigen Punkt gleich: Vertragsärzte, die als Einzelpersonen (Einzelpraxis) oder als Gesamthand (Berufsausübungsgemeinschaft) in vertragsarztrechtlichen Beziehungen zu einer Kassenärztlichen Vereinigung und zur Krankenkasse stehen, haften persönlich für Ansprüche dieser Institutionen; entweder als Einzelperson allein oder als Gesamtschuldner als Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft akzessorisch analog §§ 128, 129 HBG mit ihrem Privatvermögen. Diese Haftungserstreckung gilt auch für Ansprüche von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen (z.B. Rückforderungsansprüche wegen Falschabrechnung bzw. sonstigen Schadens).

## **9. Teilzulassung mit beschränktem Versorgungsauftrag/„Beruf und Familie“ (§ 95 Buchstabe c SGB V)**

Zur Flexibilisierung der beruflichen Möglichkeiten („Beruf und Familie“) sowie zur besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen wird nunmehr die Möglichkeit vorgesehen, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit beschränken zu können. Der Arzt erhält in einem solchen Fall eine „Teilzulassung“ mit beschränktem Versorgungsauftrag. Möglich ist, dass ein Leistungserbringer nur eine Teilzulassung beantragt oder aber, dass ein Arzt den sich aus seiner Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag nachträglich auf die Hälfte reduzieren möchte. In beiden Fällen kann der Arzt zu einem späteren Zeitpunkt wieder eine Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag beantragen.

## **10. Anhebung der Altersgrenze über 68 Jahre hinaus (§ 95 Doppelbuchstabe bb SGB V)**

Die ursprüngliche 68er-Regelung sollte dazu dienen, dass in überversorgten und deshalb für die Neuzulassung gesperrten Gebieten Niederlassungschancen für jüngere Ärzte geschaffen wurden. Sollte es aber zu Versorgungsengpässen führen, sollen zukünftig ältere Ärzte nicht gegen ihren Willen zur Aufgabe ihrer Praxis gezwungen werden, wenn bei ihnen die nach der Zulassungsverordnung erforderlichen persönlichen Voraussetzungen der vertragsärztlichen Tätigkeit vorliegen. Die neue Regelung sieht vor, dass die Zulassung dann nicht mit Vollendung des 68. Lebensjahres endet, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellt hat, dass eine Unterversorgung eingetreten ist oder droht. Sie endet

allerdings spätestens ein Jahr nach Aufhebung des Beschlusses des Landesausschusses.

### **11. Anstellung von Ärzten (§ 95 Buchstabe f SGB V)**

Zukünftig wird der Vertragsarzt Ärzte anstellen können, deren Anzahl nicht mehr numerisch begrenzt ist. Auch ihre Arbeitszeit wird wie die Arbeitszeit der angestellten Ärzte in MVZ dienstvertraglich flexibel gestaltet werden können. Da diese (neuen) angestellten Ärzte ebenso wie die angestellten Ärzte in MVZ bei der Berechnung des Versorgungsgrades im Planungsbereich zu berücksichtigen sind, ist eine unbeschränkte Anstellung allerdings nur zulässig in Planungsbereichen, die nicht wegen Zulassungsbeschränkungen gesperrt sind.

Hinzuweisen ist hier, dass auf die Anstellung dieser Ärzte § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV nicht anzuwenden ist, der die Vergrößerung des Praxisumfangs bei der Beschäftigung von Assistenten verbietet.

Weiter wird die Anstellung von Ärzten geregelt, die einer Arztgruppe angehören, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Auch hier können Ärzte angestellt werden, wenn es sich bei dem anzustellenden Arzt um einen Arzt derselben Facharztbezeichnung handelt und der anstellende Vertragsarzt sich zu einer Leistungsbegrenzung seines Praxisumfangs verpflichtet. Der Vertragsarzt kann jetzt auch mehrere Teilzeitkräfte anstellen.

Zudem wird bestimmt, dass die für Vertragsärzte und für in MVZ angestellten Ärzte maßgebliche Altersgrenze von 68 Jahren auch für die angestellten Ärzte gilt. Hingegen gilt die für den Beginn der vertragsärztlichen Leistungserbringung maßgebliche 55-Jahresregelung – genauso auch für in MVZ angestellten Ärzte – nicht (vgl. § 25 Satz 3 Ärzte-ZV neu).

### **12. Teilzeitkräfte (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V)**

Gestrichen wird in der neuen Regelung die Beschränkung, dass der Vertragsarzt entweder einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte anstellen kann. Dies führt zu einer weiteren Flexibilisierung auch für Vertragsärzte, die in einem Planungsbereich niedergelassen sind, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Auch diese können in Zukunft mehrere Teilzeitkräfte anstellen.

### **13. Überschreitung der 103 % Grenze (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V)**

Es hat sich gezeigt, dass in einzelnen Planungsbereichen (insbesondere in großräumigen Landkreisen) die auf einer den gesamten Planungsbereich bezogenen Betrachtung beruhenden örtlichen Verhältniszahlen die Versorgungssituation vor Ort nicht immer sachgerecht abbilden. Auf Grund der ungleichen Verteilung der Ärzte auf den Planungsbereich ist, teilweise in rechnerisch überversorgten Planungsbereichen, an einzelnen Orten eine Unterversorgung eingetreten. Die Gesetzesänderung sieht deshalb vor, dass – ergänzend zu den bereits bestehenden Möglichkeiten (z.B. Sonderbedarfzulassung) – der derzeit maßgebliche Umfang der Leistungsbegrenzung von 103 %, zu der sich ein Vertragsarzt verpflichten muss, in Fällen lokaler Versorgungsdefizite erhöht werden kann. Eine Höchstgrenze ist derzeit gesetzlich nicht vorgesehen. Vielmehr muss sich der Umfang entsprechend dem lokalen Versorgungsbedarf angemessen erhöhen. Sobald der lokale Versorgungsbedarf nicht mehr besteht, ist der Umfang wieder zu reduzieren.

### **14. Verzicht auf Vertragsarztsitz wegen Anstellung in einer Vertragsarztpraxis (§ 103 Abs. 4 b SGB V)**

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

### **15. Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch ein MVZ (§ 105 SGB V)**

Wenn die zuständige Behörde die Genehmigung nach § 121a Abs. 2 SGB V zur Durchführung erteilt hat, darf in Zukunft auch das MVZ Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erbringen. Zwar zählen MVZ zu den ärztlich geleiteten Einrichtungen, die an sich bereits in der bisherigen Nr. 3 der Norm genannt sind, doch ist in Nr. 3 nur von ermächtigten, nicht aber von zugelassenen Einrichtungen die Rede.

## **16. Datenaustausch zwischen Kassenärztlicher und Kassenzahnärztlicher Vereinigung (§ 285 Satz 4 SGB V)**

Nunmehr wird ein Austausch personenbezogener Daten zwischen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und Kassenzahnärztlichen Vereinigung zum Zweck der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung ermöglicht. Dies gilt insbesondere zur Verhinderung von Doppelabrechnungen in MVZ, in denen Ärzte und Zahnärzte gemeinsam beschäftigt werden und demnach erbrachte Leistungen zum einen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und zum anderen mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abzurechnen sind.

### **B) Praxisrelevante Änderungen in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

#### **1. Tätigkeit und Kooperation des Vertragsarztes in „nicht-patientenbezogenen“ Einrichtungen (§ 20 Abs. 1 Ärzte-ZV)**

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

Mit dieser Änderung wird zugleich festgestellt, dass ein Arzt als Angestellter gleichzeitig in einem Krankenhaus und in einem MVZ tätig sein kann (was bisher sehr umstritten war).

Gleiches gilt für die gleichzeitige Tätigkeit als angestellter Arzt in einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und in einem MVZ.

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

Diese Änderung, insbesondere die Möglichkeit der gleichzeitigen Tätigkeit von angestellten Ärzten in einem Krankenhaus und in einem MVZ, stellt einen wichtigen Beitrag zur besseren Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung dar.

Krankenhäuser, die Träger eines MVZ sind, erhalten die Möglichkeit, die personellen Ressourcen optimal zu nutzen, indem sie das ärztliche Personal sowohl im Krankenhaus als auch im MVZ einsetzen können.

## **2. Überörtliche Tätigkeit**

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

Dem Vertragsarzt wird nunmehr in § 17 Abs. 3 MBO-Ä gestattet, neben der Tätigkeit an seinem Vertragsarztsitz an weiteren Orten tätig zu sein, wenn diese die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz nicht gefährdet. Eine bestimmte Höchstzahl der weiteren Orte gibt das Vertragsarztrecht dabei nicht vor.

Befindet sich der Ort der weiteren Tätigkeit im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, dessen Mitglied der Vertragsarzt ist, hat der Vertragsarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen Anspruch auf Genehmigung durch seine Kassenärztliche Vereinigung. Befindet sich der Ort der weiteren Tätigkeit im Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung, benötigt der Vertragsarzt für diese Tätigkeit eine Ermächtigung des zuständigen Zulassungsausschusses.

Die an sich für die Ermächtigungen geltende Altersgrenze von 55 Jahren ist auf eine Ermächtigung zur Erbringung dieser vertragsärztlichen Leistungen nicht anzuwenden, weil diese Ermächtigung zur Erbringung Ärzte betrifft, die bereits vertragsärztliche Leistungserbringer sind und ihre wirtschaftliche Basis in ihrer Vertragsarztstätigkeit haben.

Es wird dem Vertragsarzt erlaubt, die auf Grund der Ermächtigung zu versorgenden Versicherten auch unter Mithilfe der Ärzte zu behandeln, die er für die Ausübung seiner Vertragsarztstätigkeit am Vertragsarztsitz angestellt hat. Daneben darf der Vertragsarzt für die Leistungserbringer an den weiteren Orten, an denen er auf Grund seiner Ermächtigung tätig ist, in dem Umfang angestellte Ärzte beschäftigen, wie es ihm vertragsarztrechtlich erlaubt wäre (z.B. bedarfsplanungsrechtlich), wenn er an diesen Orten seinen Vertragsarztsitz hätte.

Keiner Genehmigung oder Ermächtigung bedarf die weitere Tätigkeit eines Vertragsarztes außerhalb seines Vertragsarztsitzes an weiteren Orten, sofern der Vertragsarzt dort als Mitglied einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft an

einem (anderen) Vertragsarztsitz eines Mitglieds dieser Gemeinschaft tätig ist. Davon unberührt ist die vertragsärztliche Pflicht, vornehmlich die Versorgung der Versicherten an seinem Vertragsarztsitz sicherzustellen.

### **3. Anhebung der Altersgrenze (über das 55. Lebensjahr hinaus)**

Nach der derzeitigen Regelung ist die Zulassung eines Arztes, der das 55. Lebensjahr vollendet hat, ausgeschlossen. Ausnahmen hiervon werden nur bei unbilliger Härte zugelassen.

Die Änderung hält an der Altersgrenze von 55 Jahren für den Zugang zur Zulassung grundsätzlich fest, öffnet jedoch für unterversorgte Gebiete, in dem sie dem Zulassungsausschuss aufgibt, auch Ärztinnen und Ärzte, die bereits die Altersgrenze von 55 Jahren überschritten haben, zuzulassen, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat.

Daneben stellt sie Änderung klar, dass die 55-Jahresgrenze weder für die Anstellung von Ärzten in MVZ noch für die Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten gilt.

### **4. Gründung von „Kopfbzentren“ ( § 33 Ärzte-ZV) und erleichterte Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften**

Durch die Gesetzesänderung wird den MVZ eine, oftmals sehr sinnvolle, gemeinsame Beschäftigung von Ärzten und Zahnärzten in sog. „Kopfbzentren“ ermöglicht.

Daneben wird die Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten geregelt sowie die vertragsarztrechtlichen Anforderungen an die gemeinsame Berufsausübung der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer.

In der Norm wird festgelegt, dass Berufsausübungsgemeinschaften (z. B. BGB-Gesellschaft und Partnerschaftsgesellschaft) sowohl mit einem einzigen Vertragsarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) als auch mit mehreren Vertragsarztsitzen (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) zulässig sind. Vertragsarztrechtlich sind nicht nur Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten, sondern zwischen allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern, also Ärzten, Psychotherapeuten und MVZ, zulässig sind und bezüglich der MVZ auch unabhängig davon, ob sie als juristische Personen oder Personengesellschaften organisiert sind.

Weiter wird den Mitgliedern der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft erlaubt, zur Erfüllung von Versorgungsaufträgen auch an den Vertragsarztsitzen der anderen Mitglieder tätig zu werden, sofern dies mit der Präsenzpflicht an ihren eigenen Vertragsarztsitzen vereinbar ist.

§ 33 Buchstabe b Satz 3 Ärzte-ZV erlaubt die Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften zur Übernahme spezifischer, auf die Erbringung bestimmter Leistungen bezogener Behandlungsaufträge. So können z. B. ein Kinderarzt und ein Neurologe, neben ihren weiterhin bestehenden Einzelpraxen, eine Berufsausübungsgemeinschaft zur Behandlung von kinderneurologischen Erkrankungen bilden.

Nicht erlaubt werden aber sog. „Kickback“-Konstellationen. Bei diesen geht ein Arzt eines therapieorientierten Fachgebiets (z. B. Gynäkologe) eine Berufsausübungsgemeinschaft mit einem Arzt eines Methodenfaches (z. B. Labor) ein, um das berufsrechtliche Verbot der Zuweisung gegen Entgelt zu unterlaufen.

#### **5. Keine Begründungspflicht bei Widersprüchen (§ 44 Ärzte-ZV)**

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

Die Begründungspflicht wurde/wird in der täglichen Praxis häufig übersehen, was erhebliche Folgen hat, weil die fehlende Begründung zur Unzulässigkeit des Widerspruchs führt.

#### **6. Gebührenerhöhung vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen (§ 46 Ärzte-ZV)**

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

Die Gebühren werden nunmehr um das Vierfache erhöht.

## **C) Praxisrelevante Änderungen in der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

### **1. Beschränkung des Versorgungsauftrags (§ 18 Abs. 1 Zahnärzte-ZV)**

Es soll dem Zahnarzt ermöglicht werden, seinen aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte des regelhaften Versorgungsauftrages zu beschränken. Dies kann mittels entsprechender Erklärung im Zulassungsantrag oder bei Besitz einer Zulassung mittels gesonderter Erklärung erfolgen. Bei letzterer bedarf es eines gesonderten, den ursprünglichen Versorgungsauftrag abändernden Beschlusses des Zulassungsausschusses. In beiden Fällen erhält der Zahnarzt eine sog. „Teilzulassung“.

Bei einer späteren Erweiterung auf eine vollzeitige Tätigkeit bedarf es eines erneuten Zulassungsverfahrens und eines erneuten Beschlusses des Zulassungsausschusses. Allerdings müssen bei der Umwandlung eines beschränkten Versorgungsauftrages in einen unbeschränkten Versorgungsauftrag die üblichen Voraussetzungen für die Zulassung vorliegen, d.h. Zulassungsbeschränkungen dürfen insoweit nicht bestehen.

Einem MVZ ist es nicht möglich, eine Erklärung abzugeben, mit der er seinen Versorgungsauftrag auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränkt. So würde es dem Wesen eines MVZ als einer „ärztlich geleiteten“ Einrichtung, das in der Rechtsform der juristischen Person betrieben werden kann und nach seinem Zweck umfassende medizinische Dienstleistungen unter einem Dach anbieten soll, widersprechen, wenn dieses nur über einen hälftigen Versorgungsauftrag verfügen könnte. Zudem ergibt sich bereits aus § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V, dass in einem MVZ mindestens zwei Zahnärzte tätig sein müssen.

Wie bereits nach geltendem Recht kann ein MVZ, unter Berücksichtigung dieser Anforderungen, über weitere beschränkte Versorgungsaufträge verfügen. Ebenso möglich ist, dass die in einem MVZ arbeitenden Vertragszahnärzte nur über eine Zulassung mit einem hälftigen Versorgungsvertrag verfügen.

### **2. Überörtliche Tätigkeit (§ 24 Zahnärzte-ZV)**

Soweit dies mit der spezifischen Pflicht eines Vertragszahnarztes, die vertragszahnärztliche Versorgung an dem Vertragszahnarztsitz zu gewährleisten, vereinbar ist, können, in Anlehnung an die in § 9 Abs. 2 MBO-Zahnärzte, Lockerungen der Bindung des Zahnarztes an seinen Vertragszahnarztsitz erfolgen.

Bisher konnte widerruflich und befristet eine Zweigpraxis errichtet werden, sofern dies zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung erforderlich war. Spezielle Untersuchungen und Behandlungen können bisher mit vorheriger Zustimmung der Kammer in ausgelagerten Praxisräumen in räumlicher Nähe zum Praxissitz des Zahnarztes erfolgen. Zur Zeit dürfen Vertragszahnärzte Sprechstunden in einer im Bezirk ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung gelegenen Zweigpraxis mit Zustimmung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abhalten, wenn die Zweigpraxis zur Sicherung einer ausreichenden vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlich ist.

Die berufsrechtliche Neuregelung in § 9 Abs. 2 MBO-Zahnärzte gestattet es den Zahnärzten, über den Praxissitz hinaus an weiteren Orten zahnärztlich tätig zu sein, sofern Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten an jedem Ort der jeweiligen Tätigkeit getroffen werden.

### **3. Anspruch auf Genehmigung der überörtlichen Tätigkeit**

Obige Änderung wird dadurch umgesetzt, dass dem Vertragszahnarzt ermöglicht wird, neben der Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz an weiteren Orten tätig zu sein, wenn dadurch die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragszahnarztsitz nicht gefährdet ist.

Befindet sich der Ort der weiteren Tätigkeit im Bezirk der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, dessen Mitglied der Vertragszahnarzt ist, hat der Vertragszahnarzt bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 24 Abs. 3 Satz 1 Zahnärzte-ZV Anspruch auf Genehmigung durch seine Kassenzahnärztliche Vereinigung (Satz 2).

Befindet sich der Ort der Ort der weiteren Tätigkeit im Bezirk einer anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigung, benötigt der Vertragszahnarzt für diese Tätigkeit eine Ermächtigung des zuständigen Zulassungsausschusses (Satz 3).

### **4. Behandlung unter Mithilfe von angestellten Zahnärzte in überörtlicher Tätigkeit**

§ 24 Abs. 3 Satz 5 Zahnärzte-ZV erlaubt dem Vertragszahnarzt, die auf Grund der Ermächtigung zu versorgenden Versicherten auch unter Mithilfe der Zahnärzte zu behandeln, die er für die Ausübung seiner Vertragszahnarztstätigkeit am Vertragszahnarztsitz angestellt hat. Außerdem darf der Vertragszahnarzt für die Leistungserbringung an den weiteren Orten, an denen er auf Grund einer Ermächtigung nach Satz 3 tätig ist, in dem Umfang angestellte Zahnärzte beschäftigen, wie es ihm vertragszahnarztrechtlich, z. B. bedarfsplanungsrechtlich und unter Wahrung seiner vertragszahnärztlichen Leitungs- und Überwachungs-

pflicht, erlaubt wäre, wenn er an diesen Orten seinen Vertragszahnarztsitz hätte (Satz 6).

Diese Sonderregelung ist deshalb notwendig, da ermächtigte Zahnärzte anders als Vertragszahnärzte ihre Leistungen nicht durch angestellte Zahnärzte erbringen dürfen.

Keiner Genehmigung oder Ermächtigung bedarf die weitere Tätigkeit eines Vertragszahnarztes außerhalb seines Vertragszahnarztsitzes an weiteren Orten, sofern der Vertragszahnarzt dort als Mitglied einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft an einem (anderen) Vertragszahnarztsitz eines Mitglieds dieser Gemeinschaft tätig ist (Satz 8). Davon unberührt bleibt selbstverständlich die vertragszahnärztliche Pflicht, vornehmlich die Versorgung der Versicherten an seinem Vertragszahnarztsitz sicherzustellen.

#### **5. Anhebung der Altersgrenze (über das 55. Lebensjahr hinaus)**

Auch die Gesetzesänderung hält an der bisher geltenden Regelung fest, dass die Zulassung eines Zahnarztes nur ausnahmsweise dann möglich ist, wenn dies zur Vermeidung von unbilligen Härten erforderlich ist. Die neue Regelung ermöglicht den Zahnärzten über 55 Jahren eine Zulassung in unterversorgten Gebieten, wenn der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat.

In der Änderung wird zudem klargestellt, dass die 55-Jahresgrenze weder für die Anstellung von Zahnärzten in MVZ noch für die Anstellung von Zahnärzten bei Vertragszahnärzten gilt.

#### **6. Gründung von „Kopfbüros“ und erleichterte Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften**

Hier gelten die Ausführungen zu B) 4. entsprechend.

#### **7. Keine Begründungspflicht bei Widersprüchen**

Hier gelten die Ausführungen zu B) 5. entsprechend.

#### **8. Gebührenerhöhung vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen**

Hier gelten die Ausführungen zu B) 6. entsprechend.

## **D) Inkrafttreten am 01.01.2007 bzw. Änderungen durch den Bundesrat**

Wie eingangs erwähnt steht die Zustimmung des Bundesrates derzeit noch aus. Da es sich um ein sog. Zustimmungsgesetz handelt, ist für ein Inkrafttreten am 01.01.2007 die Zustimmung des Bundesrates obligatorisch.

Hierbei könnte allenfalls fraglich sein, ob nicht die bereits vorhandene Blockadehaltung der großen Länder (Bayern, Baden Württemberg) gegen die kommende Gesundheitsreform auch eine Blockadehaltung gegen das VÄG nach sich zieht, mithin die Zustimmung des Bundesrates dadurch gefährdet ist.

Hierfür gibt es Anhaltspunkte, denn die Länder sehen durch die Regelungen im VÄG ihre Gesetzgebungskompetenz im Hinblick auf das ärztliche Berufsrecht unterlaufen.

Aus diesem Grund fordert der Bundesrat, insbesondere die Passagen des VÄG über die Anstellung von fachfremden Ärzten und überörtliche Tätigkeit jeweils mit der Ergänzung zu versehen, dass sie nur im Rahmen der landesrechtlichen Vorschriften über die Berufsausübung der Ärzte möglich sind.

Sollte dieser Vorschlag durch die Bundesregierung nicht aufgegriffen werden, bleibt abzuwarten, ob letztendlich der Bundesrat die entscheidende Zustimmung zum VÄG geben wird oder nicht.

Ernsthafte Zweifel am Inkrafttreten des VÄG zum 01.01.2007 bestehen aber dadurch nicht.

## **E) Schlussbetrachtung**

Die Änderungen des Vertrags(zahn)arztrechts durch das VÄG sind ein „Schritt in die richtige Richtung“. Weitere Änderungen bleiben aber zur Flexibilisierung der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung unumgänglich. Das wesentliche Ziel der Reformansätze des GMG, die sektorale Trennung in der medizinischen Versorgung zunehmend aufzulösen, wird auch durch den vorgelegten Reformvorschlag nur ansatzweise erreicht.

Erfreulich ist, dass der Gesetzesentwurf Klarheit hinsichtlich der Zulässigkeit einer parallelen Beschäftigung von Ärzten in Krankenhäusern und MVZ schafft. Der vorgelegte Entwurf beinhaltet insofern zumindest eine konsequente Weiterverfolgung des wesentlichen Ziels der Reform des Gesundheitswesens durch das GMG, die sektoralen Grenzen in der medizinischen Versorgung zu überwinden.

Nachdem der Gesetzgeber durch Implementierung des MVZ bereits eine institutionelle Öffnung vorgenommen hat, wird durch den vorgelegten Gesetzesentwurf nunmehr auch in der Person des einzelnen Leistungserbringers eine medizinische Versorgung über die Sektorengrenzen hinaus ermöglicht. Darüber hinaus stärkt der Gesetzesentwurf die Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Vertragsärzten und Krankenhäusern.

Zumindest die Ansätze für eine große Reform wurden gemacht.

Erlangen, 26.09.2006

Dr. Rupert Weinzierl  
Rechtsanwalt