

Bundesministerium für Gesundheit  
Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung  
Dr. Ulrich Orlowski  
Dr. Dirk Bernhardt  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin  
E-Mail: [ulrich.orldowski@bmg.bund.de](mailto:ulrich.orldowski@bmg.bund.de); [221@bmg.bund.de](mailto:221@bmg.bund.de)

24. August 2018

### **Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit**

#### **Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 23.07.2018**

#### **hier: Ergänzende Stellungnahme und Vorschläge nach der Verbändeanhörung am 22. August 2018**

Sehr geehrter Herr Dr. Orłowski, sehr geehrter Herr Dr. Bernhardt,

mit Schreiben vom 24. Juli 2018 haben Sie den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 23.07.2018 mit der Bitte um Stellungnahme bis zum 17.08.2018 übermittelt. Mit Schreiben vom 10. August 2018 hat der fachärztliche Berufsverband der Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM e.V.) Ihnen seine Stellungnahme übermittelt.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Teilnahme an der Verbändeanhörung und haben hier sehr positiv aufgenommen, dass Sie die von uns vorgetragene Themen im Zusammenhang mit der vorgesehenen Anpassung der Bewertung technischer Leistungen auf der Grundlage eines bis zum 31.03.2019 vorzulegenden Konzeptes des Bewertungsausschusses sowie der seitens des Gesetzgebers beabsichtigten weiteren Konkretisierung von Rahmenbedingungen für medizinische Versorgungszentren als bedenkenswert aufgenommen haben.

Gern kommen wir Ihrem Wunsch nach einer Konkretisierung dieser Themen nach und übermitteln Ihnen die beigefügte Ergänzung unserer Stellungnahme.

Zuvor möchten wir noch einmal die aus der Sicht der fachärztlichen Patientenversorgung mit Labordiagnostik wichtigen Aspekte im Zusammenhang mit dem Gesetzesvorhaben ansprechen. Dabei ist es den Mitgliedern des ALM e.V. ein besonderes Anliegen, einen Beitrag für das im Referentenentwurf verankerte Ziel der Verbesserung der Versorgung zu leisten.

Der ALM e.V. nimmt sehr positiv zur Kenntnis, dass die Bedeutung der diagnostischen Facharzt-disziplinen für eine qualitativ gute und dem medizinischen Bedarf entsprechende Patientenversorgung vom Gesetzgeber gesehen und anerkannt wird.

Insbesondere die fachärztlichen Bereiche der Labormedizin, Mikrobiologie, Pathologie, Humangenetik und Transfusionsmedizin unterliegen einer hohen Dynamik mit ständiger Fortentwicklung und Verbesserung der methodischen und technischen Möglichkeiten, verbunden mit einem in der Regel erheblichen Investitionsbedarf in den Bereichen Technologie und IT-Unterstützung, aber auch bei der Qualifizierung von Personal. So ist die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Versorgung mit einem für die Versicherten und Patienten bedarfsgerechten und leichten Zugang zur Diagnostik auch weitestgehend mit einer zunehmenden Entwicklung von Kooperationen, auch der Fachdisziplinen untereinander, verknüpft.

So entstanden und entwickeln sich eher größere und auch interdisziplinäre Facharzlaboratorien, in denen die genannten Facharzt-disziplinen den zuweisenden Arztpraxen aus dem haus- und fachärztlichen Bereich ebenso wie kooperierenden Kliniken eine umfassende und den medizinischen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten entsprechende medizinisch-ärztliche Diagnostik quasi „aus einer Hand“ zur Verfügung stellen.

Diese insgesamt als eine deutliche Verbesserung und Professionalisierung der medizinisch-ärztlichen Labordiagnostik in der Gesellschaft wahrgenommene Entwicklung wurde insbesondere durch die Einführung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) einschließlich der Möglichkeit zur Anstellung von Ärzten und der Möglichkeit zu einer regional und auch überregional strukturierten Zusammenarbeit in Verbänden und Gruppen von Laboren möglich. Deren Gesellschaftsstrukturen sind sowohl ärztlich als auch nicht-ärztlich geprägt. Dabei stellen die nicht-ärztlichen Träger seit mehr als einem Jahrzehnt in der Patientenversorgung tätige Unternehmen dar, deren Ziel eine bestmögliche medizinische Patientenversorgung mit fachärztlicher Diagnostik der angesprochenen Disziplinen bei bester Qualität und Sicherstellung eines professionellen und effizienten Service mit Logistik und Kommunikation ist.

Die Attraktivität der MVZ in der Labordiagnostik ist auch dadurch belegt, dass die Zahl der an der fachärztlichen Weiterbildung interessierten Ärztinnen und Ärzte in den Einrichtungen steigt, der weitaus größte Anteil an jungen Fachärztinnen und Fachärzten in den MVZ die von Ihnen gewünschte Anstellung mit flexiblen Arbeitszeitmodellen und professioneller fachübergreifender Zusammenarbeit erhält und die Zufriedenheit mit der Ausübung der freiberuflichen Tätigkeit in diesem Arbeitsmodell hoch ist.

Für den sehr geringen Anteil an Fachärzten mit dem Interesse an einer eigenverantwortlichen vertrags-ärztlichen Tätigkeit gibt es in der nach wie vor „bunten Versorgungslandschaft Labor“ eine Vielzahl von Möglichkeiten inklusive der verantwortlichen Tätigkeit als ärztlicher Leiter in einem MVZ. Es sei an dieser Stelle der Ihnen gut bekannte Umstand der hohen Kapitalintensität unseres Faches erwähnt – sowohl, was den operativen Betrieb des Labors mit seinen hohen Fixkosten angeht, als auch den wirtschaftlichen Wert selbst kleinerer, fachärztlicher Praxen, den junge Ärztinnen und Ärzte heute kaum noch in der Lage (oder willens) sind aufzubringen.

Somit entsprechen die in der fachärztlichen Labordiagnostik vorhandenen Versorgungsstrukturen den Vorstellungen der hier tätigen und tätig sein wollenden Ärztinnen und Ärzte. Sie stellen damit zweifelsohne auch die Basis der vom Gesetzgeber gewünschten, guten medizinischen Versorgung der

Patienten dar. Die Ausgewogenheit zwischen Anstellung und einer eigenverantwortlichen Berufsausübung als Vertragsarzt ist somit gegeben und nicht gefährdet.

Der in den vergangenen Jahren stetig zunehmende Bedarf an Labordiagnostik zur Aufrechterhaltung einer guten medizinischen Versorgung dokumentiert sich auch in den Facharztlaboren durch stetig steigende Behandlungsfallzahlen. Für die Bewältigung dieser Zunahme bedarf es auch einer entsprechenden Zahl an zugelassenen Vertragsärzten. Die hier bestehende, in einzelnen KV-Bezirken teils erhebliche Diskrepanz zwischen tatsächlichem Bedarf und einem durch einen Bedarfsplan beschlossenen theoretischen Bedarf gilt es, sachgerecht aufzulösen. Das gilt insbesondere in Bezug auf die dringend notwendige Nachbesetzung von frei gewordenen Angestellten-Arztstellen in MVZ.

Die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen ist im MVZ durch die ärztliche Leitung sichergestellt. Die nunmehr seit mehr als einer Dekade bestehende Erfahrung in der fachärztlichen Labormedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie in der Transfusionsmedizin, der Humangenetik und auch Pathologie belegen eindeutig, dass es keinen Sachgrund gibt, Arztpraxen und MVZ in diesen Fächern ungleich zu behandeln. Dieses gilt insbesondere auch aus dem Blick- und Interessenwinkel der Patienten, für die diese unabhängige und allein nach medizinisch-ärztlichen Gesichtspunkten durchgeführte Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten in einem Labor allein maßgeblich ist.

Es existiert nach unserer Kenntnis keinerlei Evidenz für eine Verschlechterung der Versorgung in unserem fachärztlichen Feld in den vergangenen 15 Jahren, die auch nur entfernt mit der Existenz von MVZ-Strukturen unterschiedlichster Trägerschaft in Verbindung gebracht werden könnte. Im Gegenteil ist zu betonen, dass professionell etablierte MVZ-Strukturen heute eine qualitativ hochwertige, flächendeckende, innovative und zukunftsorientierte Versorgung sicherstellen, die im Sinne der Patienten und auch der im MVZ tätigen fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen ist.

Wir gehen fest davon aus, dass die Gesundheitspolitik immer wieder vorgetragene, jedoch nie belegte, überaus abstrakte Gefahrenprognosen nicht einfach als richtig unterstellt oder gar zur Grundlage ihrer Gesetzgebung macht. Abschließend sei auch darauf hingewiesen, dass mit Blick auf die diesbezüglichen Regelungen in der stationären Versorgung kaum zu rechtfertigen ist, dass und warum zwischen den Sektoren in der Versorgung so erhebliche Unterschiede in grundsätzlichen Anforderungen an Gründereigenschaften festgelegt werden.

Nachfolgend finden Sie die ergänzenden Vorschläge für die aus unserer Sicht notwendigen Anpassungen. Für ein diesbezüglich erläuterndes Gespräch stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Michael Müller  
*1. Vorsitzender*

ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin e.V.

**Ergänzende Vorschläge zur Anpassung im  
Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung  
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 23.07.2018**

**1. Nr. 40: Neufassung von § 87 Absatz 2**

In § 87 Abs. 2 Satz 3 in der Fassung des Referentenentwurfs ist der letzte Satz („Dabei soll die Bewertung der technischen Leistungen, die in einem bestimmten Zeitraum erbracht werden, insgesamt so festgelegt werden, dass sie ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt) zu streichen. Folgender Satz ist neu zu ergänzen:

„Die Festlegungen der Sachkosten sind von der Abstufung nach Satz 3 ausgenommen und unterliegen nicht der Quotierung nach den Vorgaben der Kassenärztliche Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen oder den regionalen Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen; Sachkosten werden voll vergütet.“

**Begründung:**

Der Referentenentwurf sieht eine Aktualisierung der Bewertung abrechnungsfähiger Leistungen innerhalb bestimmter Fristen durch Änderung von § 87 Abs. S. 3 ff. SGB V vor. Dabei sollen insbesondere Leistungen mit einem hohen technischen Anteil überprüft werden. Der Bewertungsausschuss soll ferner einen bestimmten mengenmäßigen Schwellenwert festlegen, ab welchem die Bewertung technischer Leistungen sinkt. Sachkosten sollen ebenfalls überprüft und gegebenenfalls Neubewertet werden.

Der ALM e.V. hält die Neubewertung von Laborleistungen ohne eine vorherige Analyse der tatsächlich anfallenden Kosten für die Versorgung von GKV-Versicherten für nicht gerechtfertigt und verweist dazu auf seine Stellungnahme vom 10. August 2018 (S. 4 f.). Unabhängig von den vorgeschlagenen Änderungen ist eine Ergänzung von § 87 Abs. 2 SGB V klarstellend erforderlich, da das BSG bislang davon ausgeht, dass bundesweit festgestellte, kostenorientierte Steuerungsmechanismen auf regionaler Ebene in der Honorarverteilung konterkariert werden dürfen (Urt. v. 19. August 2015 – B 6 KA 12/15 R). Es wird daher klargestellt, dass die gesetzlich geforderte sachkostenorientierte Festlegung auf Bundesebene und dort festgestellte Sachkosten keiner Abstufung und Quotierung durch Regelungen in der Honorarverteilung mehr unterzogen werden dürfen, die dazu führen würde, dass die tatsächlich bezahlten Honorarsätze höher oder niedriger als die festgestellten Kosten sind.

Sind Sachkosten bereits festgestellt oder erfolgt eine Neubewertung durch den Bewertungsausschuss, so darf sie keinem weiteren Abschlag oder Zuschlag durch Honorarverteilungsmaßnahmen unterliegen. Dies wäre widersprüchlich, weil die Selbstverwaltung die tatsächlich anfallenden Kosten bereits auf betriebswirtschaftlicher Basis überprüft und bewertet hat. Jeder zusätzliche Abschlag würde daher unmittelbar zur Unwirtschaftlichkeit und Notwendigkeit der Querfinanzierung aus anderen Bereichen führen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Sachkosten je nach Fachgebiet stark variieren können. Durch eine unterschiedslose

Quotierung von Leistungen und Sachkosten würden Leistungserbringer mit vergleichsweise hohen Sachkosten gegenüber anderen Leistungserbringern unverhältnismäßig belastet (Art. 3 Abs. 1 GG). So entstehen beispielsweise bei der Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen vergleichsweise hohe Sachkosten, etwa für Analysensysteme und Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Auch eine mengenabhängige Abwertung bei Überschreiten bestimmter Schwellenwerte soll nicht in Bezug auf Sachkosten erfolgen. Hintergrund ist, dass bei steigender Menge in unterschiedlichen Abständen und Dimensionen Sprungfixkosten entstehen können, die ebenfalls zu berücksichtigen wären. Ein „Schwellenwertkonzept“ ist daher ungeeignet für das Ziel, potentielle Rationalisierungsreserven zu heben. Sofern sich die Neuregelung zum Schwellenwert in § 87 Abs. 3 S. 3 ff. SGB V nur auf ärztliche Leistungen und nicht auf Sachkosten bezieht, hat die vorgeschlagene Ergänzung lediglich klarstellende Wirkung.

## **2. Nr. 47: Änderungen im § 95**

§ 95 Abs. 1a SGB V ist wie folgt zu ändern:

In Satz 1 werden nach der Angabe „§ 126 Absatz 3“ ein Komma und die Wörter „von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 4 in unterversorgten Regionen“ eingefügt.

Der zweite Halbsatz wird wie folgt gefasst:

[„Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 4 in unterversorgten Regionen, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden; Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren sowie zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren, die diagnostische Leistungen überweisungsgebundener Fachgebiete erbringen, berechtigt.“]

In Satz 3 werden nach dem Wort „fort“ ein Semikolon und die Wörter „das gilt ebenso für medizinische Versorgungszentren von Erbringern nichtärztlicher Dialyseeinrichtungen nach § 126 Absatz 3, die am [Gültigkeitsdatum des Gesetzes einfügen] zugelassen sind, sowie für alle von diesen erworbenen medizinischen Versorgungszentren“ eingefügt:

[„Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort; das gilt ebenso für medizinische Versorgungszentren von Erbringern nichtärztlicher Dialyseeinrichtungen nach § 126 Absatz 3, die am [Gültigkeitsdatum des Gesetzes einfügen] zugelassen sind sowie für alle von diesen erworbenen medizinischen Versorgungszentren.“]

§ 95 Abs. 7 Satz 1 ist wie folgt zu ergänzen:

[„Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums endet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, der Auflösung, dem Ablauf des Befristungszeitraumes oder mit dem Wegzug des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums aus dem Bezirk des Vertragsarztsitzes. Auf Antrag kann die Frist zur Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit durch den Vertragsarzt oder das medizinische Versorgungszentrum bis zur Dauer von mindestens sechs Monaten verlängert werden.“]

### **Begründung:**

1. Es ist klarzustellen, dass sich die Eigenschaft, gemäß § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V gründen zu können, auch auf bereits zugelassene MVZ bzw. deren Träger erstreckt. MVZ sind, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist, gemäß § 72 Abs. 1 S. 2 SGB V vom Begriff des „Arztes“ erfasst. Für § 95 Abs. 1a SGB V ist gerade gesetzlich nichts anderes angeordnet. Die Klarstellung ist jedoch hier erforderlich, da das BSG in seiner Entscheidung vom 16. Mai 2018 davon ausgegangen ist, dass ein MVZ grundsätzlich nicht berechtigt sei, ein weiteres MVZ zu gründen (B 6 KA 1/17 R). Aus Gründen der Gleichbehandlung von MVZ und Vertragsärzten (Art. 3 Abs. 1 GG) sowie zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen sind bereits zugelassene MVZ bzw. deren Träger als taugliche Gründer neuer MVZ anzuerkennen. Das gebieten auch das verfassungsrechtlich geschützte Recht auf Eigentum (Art. 14 Abs. 1 GG) und das Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb (Art. 12 Abs. 1 S. 1 GG).
2. Der Referentenentwurf beschränkt Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V auf die Gründung *fachbezogener* Versorgungszentren. Diese Begrenzung ist wegen der weitreichenden Verantwortung für die Patientenversorgung zum Wohl der Allgemeinheit nicht sachgerecht. Der ALM e.V. spricht sich daher grundsätzlich gegen eine solche Beschränkung aus und verweist im Einzelnen auf die Stellungnahme vom 10. August 2018 (S. 8 ff.).

Sofern die Einschränkungen der Gründereigenschaften Gesetz werden sollten, um die sich abzeichnende Entwicklung im zahnmedizinischen Bereich abzumildern, sollte für die Fachbereiche Laboratoriumsmedizin, Pathologie, Humangenetik und Transfusionsmedizin eine Rückausnahme vorgesehen werden. Dieser Bereich ist von der Problematik im Bereich der Zahnmedizin nicht betroffen. Zudem handelt es sich um Fachbereiche, die mit erheblichen Investitionen für Geräte, Weiterentwicklung und Forschung verbunden sind. Hier drängt sich die Gründung von MVZ zur effektiven und wirtschaftlichen Erbringung von ärztlichen Leistungen geradezu auf. Zudem sind diese MVZ wichtige Arbeitgeber und Innovationsträger für den gesamten Bereich der ambulanten und stationären Medizin. Den Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V sollte die Gründung von MVZ in den Fachbereichen Laboratoriumsmedizin, Pathologie, Humangenetik und Transfusionsmedizin weiterhin möglich sein.

Für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V, die vor Inkrafttreten des TSVG MVZ – egal in welchem Fachbereich – gegründet haben, ist eine

Bestandsschutzregelung verfassungsrechtlich erforderlich (insbesondere Verbot der Rückwirkung als Teil des Rechtsstaatsprinzips des Art. 20 Abs. 3 GG, aber auch das Recht auf Eigentum (Art. 14 Abs. 1 GG) und das Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb (Art. 12 Abs. 1 S. 1 GG)). Dafür ist zunächst klarzustellen, dass der Bestandsschutz nach § 95 Abs. 1a S. 3 SGB V für die vor dem 1. Januar 2012 zugelassenen MVZ unabhängig von ihrer Trägerschaft und Rechtsform unberührt bleibt und fortbesteht. Es wäre zudem begrüßenswert, wenn im Zuge der gesetzlichen Änderungen klargestellt würde, dass der Bestandsschutz auch strukturelle Änderungen erfasst. In Anbetracht des Referentenentwurfs ist die Ergänzung des § 95 Abs. 1a S. 3 SGB V um einen weiteren Halbsatz erforderlich, um den Bestandsschutz auf diejenigen MVZ zu erstrecken, die nach dem 1. Januar 2012, aber vor dem Gültigkeitsdatum des TSVG zugelassen worden sind. Dazu gehören auch alle vor diesem Datum erworbenen MVZ.

Schon bei der vergleichbaren Situation im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 legte der Gesetzgeber ausführlich und zutreffend dar, dass bestandsgeschützten Einrichtungen unabhängig von Rechtsform oder Trägerstruktur aufgrund ihrer Zulassung als MVZ alle Handlungsmöglichkeiten eines MVZ offen stehen (BT Dr. 17/6906, S. 71). So können sie etwa frei werdende Arztstellen nachbesetzen, weitere Vertragsarztsitze hinzu nehmen, sich auf ausgeschriebene Vertragsarztsitze bewerben sowie Änderungen in der Organisationsstruktur des MVZ – etwa hinsichtlich der Rechtsform, Trägerstruktur oder Gesellschaftsverhältnisse – vornehmen. Diese Bestandsschutzregelung hat sich bewährt und zu keinerlei Verwerfungen geführt. Der ALM e.V. bittet, eine entsprechende Klarstellung auch in die Regierungsbegründung des TSVG-E aufzunehmen. Eine erneute Einschränkung der Gründereigenschaften durch das TSVG ohne entsprechende Anpassungen der Regelungen zum Bestandsschutz würde die Eigentumsrechte und Berufsfreiheit der betroffenen Personen in nicht gerechtfertigter Weise verletzen (Art. 12 Abs. 1, 14 Abs. 1 S. 1 GG). Bedenken bestehen auch im Hinblick auf das im Rechtsstaatsprinzip wurzelnde Gebot des Dispositions- und Vertrauensschutzes sowie das Rückwirkungsverbot (Art. 20 Abs. 3 GG).

3. Die Ergänzung der durch den Gesetzgeber in § 95 Absatz 7 Satz 1 aus der Ärzte-ZV übernommenen Frist von drei Monaten sollte um die Möglichkeit der Fristverlängerung bis zu mindestens sechs Monaten ergänzt werden. Auch an anderer Stelle des Gesetzes wird eine Verlängerungsmöglichkeit von bis zu mindestens sechs Monaten als sachgerecht empfunden, etwa in § 4 Absatz 3 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) für die Weiterführung der Praxis eines verstorbenen Vertragsarztes. Die Verlängerungsmöglichkeit ist insbesondere in Fällen geboten, in denen trotz ernsthafter Bemühungen aufgrund eines allgemeinen oder fachspezifischen Ärztemangels eine Aufnahme der Tätigkeit nicht innerhalb von drei Monaten möglich ist.
4. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) schlägt in ihrer Stellungnahme zum TSVG vor, die MVZ-Gründereigenschaft von Krankenhäusern in räumlicher Hinsicht auf ihren Einzugsbereich und in fachlicher Hinsicht auf die im Krankenhaus selbst angebotenen Leistungen zu begrenzen. Der ALM e.V. spricht sich gegen diesen Vorschlag aus. Es gibt keine sachgerechten Gründe für diese Beschränkungen. Zugelassene Krankenhäuser bzw. deren Rechtsträger sind keine „fachfremden“ Unternehmen, sondern integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung in

Deutschland. Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit in allen Fachbereichen wird immer stärker notwendig werden und wird vom Gesetzgeber grundsätzlich gewollt und entsprechend gefördert. Die von der KBV vorgeschlagenen Einschränkungen würden diese Bemühungen konterkarieren. Es würde sich um eine objektive Berufszugangsbeschränkung und damit einen Grundrechtseingriff handeln, für den es keinerlei Gemeinwohlgründe gibt. Der Schutz bestimmter Leistungserbringer vor unerwünschtem sektorenübergreifenden Wettbewerb ist kein Gemeinwohlgrund (vgl. BVerfGE 11, 168, 188f; BVerfGE 19, 330, 342). Sollte der Gesetzgeber beabsichtigen, dem verfassungswidrigen Vorschlag der KBV zu folgen und die Gründereigenschaft von Krankenhäusern einzuschränken, so ist – entsprechend der vorgeschlagenen Regelung zu § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V – eine Ausnahme für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren in den Bereichen Labor, Mikrobiologie, Pathologie, Humangenetik und Transfusionsmedizin zu regeln. Diese Fachbereiche werden von vielen zugelassenen Krankenhäusern nicht selbst vorgehalten, sondern extern eingekauft. Sie sind mithin eine wichtige Ergänzung auch für die stationäre Versorgung von Patienten und damit den krankenhaustypischen Leistungen mit zuzuordnen. Ergänzende Regelungen zum Bestandsschutz wären dann – entsprechend der vorgeschlagenen Regelung zu § 95 Abs. 1a S. 3 SGB V – auch für vor dem Inkrafttreten des TSVG gegründete Krankenhaus-MVZ und ihre Erweiterungsmöglichkeit erforderlich.

### **3. Nr. 50: § 103 Absatz 4a und Absatz 4b**

§ 103 Absatz 4a SGB V wird wie folgt geändert:

Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt: „Ein Arzt nach Satz 1 kann in seinem bisherigen Planungsbereich weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden medizinischen Versorgungszentrums in einem anderen Planungsbereich liegt.“

§ 103 Absatz 4b SGB V wird wie folgt geändert:

Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt: „Ein Arzt nach Satz 1 kann in seinem bisherigen Planungsbereich weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden Vertragsarztes in einem anderen Planungsbereich liegt.“

Die weiteren im TSVG-Referentenentwurf vorgeschlagenen Änderungen zu § 103 Abs. 4a und 4b SGB V sind zu verwerfen und nicht umzusetzen.

#### **Begründung:**

Der ALM e.V. begrüßt die Neufassung von § 103 Abs. 4a S. 1 und Abs. 4b S. 1 SGB V, soweit damit klarstellt wird, dass sich der Vertragsarztsitz des auf seine Zulassung verzichtenden Arztes nicht in demselben Planungsbereich befinden muss wie der Sitz des ihn anstellenden medizinischen Versorgungszentrums bzw. des anstellenden Vertragsarztes.



Im Übrigen sind die vom Bundesministerium für Gesundheit vorgeschlagenen Gesetzesänderungen mangels hinreichender Bestimmtheit nicht umzusetzen (Rechtsstaatsprinzip, Art. 20 Abs. 3 GG). Sie greifen in die Berufsfreiheit ein, indem sie die Aufrechterhaltung des Status quo zur Fortführung beruflicher Tätigkeit an Ermessensgründe koppeln, die von massiv unbestimmten Rechtsbegriffen abhängen und keine hinreichend überragenden Gemeinwohlinteressen abbilden. Die Regelungen betreffen die Nachbesetzung von frei gewordenen Stellen angestellter Ärzte, auf die schon aus verfassungsrechtlichen Gründen eine grundrechtlich gesicherte Position des Leistungserbringers besteht und auch bestehen muss. Der Referentenentwurf sieht nunmehr nicht nur in formeller Hinsicht die Stellung eines Antrags vor, sondern beabsichtigt, dem Zulassungsausschuss in materieller Hinsicht Ermessen einzuräumen. Der Zulassungsausschuss soll die Nachbesetzung ablehnen können, wenn die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.

Zum allgemeinen verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot gehört, dass der Verwaltung und/oder den Selbstverwaltungskörperschaften hinreichend klare Maßstäbe für Abwägungsentscheidungen bereitgestellt werden (BVerfGE 110, 33, 54). Nach dem Referentenentwurf ist jedoch vollkommen unklar, was unter dem Begriff „Versorgungsgründe“ zu verstehen und wann eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht mehr „erforderlich“ ist. Es liegt hier ein nicht gerechtfertigter Eingriff in das verfassungsrechtlich geschützte Eigentum (Art. 14 Abs. 1 GG) und die Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 S. 1 GG) vor. Sollte der Referentenentwurf so auszulegen sein, dass Nachbesetzungen bereits bei jeder Überschreitung der in der Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 20. Dezember 2012 vorgesehenen Verhältniszahlen abgelehnt werden können, wäre dies nicht sachgerecht und würde das Recht auf Nachbesetzung, auch wenn Zulassungsbeschränkungen bestehen, konterkarieren. Auch das ist vor dem Hintergrund der Art. 14 Abs. 1 GG und Art. 12 Abs. 1 S. 1 GG nicht gerechtfertigt. Zudem würden MVZ aus überweisungsgebundenen Fachgebieten hierdurch nicht nur in erhebliche praktische Schwierigkeiten bei der Personalplanung gebracht, sondern wären in vielen Fällen nicht mehr in der Lage, ihre Einsender zu bedienen, die in der Regel nicht nur aus der näheren Umgebung kommen, sondern z.T. im gesamten Bundesgebiet niedergelassen sind. Sollte mit dem Änderungsvorschlag des Referentenentwurfs beabsichtigt sein, die Versorgungssituation in einer gesonderten, vorgeschalteten Sitzung des Zulassungsausschusses zu beurteilen und erst in einer zweiten Sitzung über die konkrete Nachbesetzung zu entscheiden, so käme es außerdem zu zeitlichen Verzögerungen, die nicht mehr mit der sechsmonatigen Nachbesetzungsfrist für Arztstellen in Einklang zu bringen wären. Hinzu kommt, dass die Verhältniszahlen in bestimmten Fachbereichen wie z.B. der Laboratoriumsmedizin im Jahr 2012 auf der Basis nur vager Zielstrukturen ermittelt wurden und kein rechnerisch genaues Bild von der tatsächlichen Versorgungslage widerspiegeln.

Sollte der Gesetzgeber an den Änderungsvorschlägen des Referentenentwurfs festhalten wollen, müsste der Begriff der „Versorgungsgründe“ vom Bundesgesetzgeber gesetzlich eindeutig definiert und konkretisiert werden; das kann nicht der Verwaltung und/oder Selbstverwaltung überlassen werden. Dabei sind insbesondere die besonderen Bedingungen der überweisungsgebundenen Fächer zu berücksichtigen (siehe oben). Eine Ablehnung dürfte zudem nur dann erfolgen, wenn die hinreichend definierten Gründe entgegenstehen, nicht schon dann, wenn sie die Nachbesetzung nicht „erfordern“.