

**Stellungnahme der MIT Gesundheitskommission  
zum Entwurf der Bundesregierung zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes  
(VÄndGVÄG)**

**MIT-Bundesvorstandsbeschluss 22.09.2006**

**I. Sachstand:**

---

Die Bundesregierung hat am 10. 4. 2006 den „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz-VÄG) vorgelegt; eine erste Erörterung fand am 8. 5. 2006 statt.

Am 26. 5. 2006 hat das Bundesministerium für Gesundheit einen überarbeiteten Gesetzentwurf nachgereicht (Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetzesvorschriften (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz-VÄndG), der einen Teil der schriftlich sowie mündlich vorgetragenen Bedenken berücksichtigt. Hierzu zählen u. a. Regelungen zu überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen haben (§ 75 Abs. 1 SGB V), Präzisierungen zur Angestelltentätigkeit (§ 77 Abs. 3 SGB V), zur Degression (§ 85 Abs. 4 d Satz 8 SGB V), sowie zum Datenaustausch der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen untereinander (§ 285 SGB V).

**Wesentliche Änderungen gegenüber dem Entwurf vom 10. 4. 2006 hat auch die Bestimmung in § 95 SGB V (Medizinische Versorgungszentren) erfahren, z. B. hinsichtlich der („fachübergreifenden“) Zusammensetzung und der Haftung nach Auflösung. Die Feststellung zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes in unterversorgten Gebieten soll nach dem überarbeiteten Entwurf künftig den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen und nicht – wie ursprünglich vorgesehen - den Aufsichtsbehörden obliegen (§ 100 Abs. 3 SGB V).**

Im Hinblick auf die geplanten Änderungen der Zulassungsordnungen ist erwähnenswert, dass nach dem überarbeiteten Gesetzesentwurf nunmehr bei Genehmigung und Ermächtigung zur Aufnahme weiterer vertragsärztlicher Tätigkeiten mit Auflagen erteilt werden können, „wenn dies zur Sicherung der Versorgungspräsenz am Vertragsarztsitz und an den weiteren Orten unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Ärzte erforderlich ist“ (§ 24 Abs. 4 ZV-Ärzte). Außerdem sollen nach der überarbeiteten Fassung nunmehr in den Bundesmantelverträgen einheitliche Regelungen, „über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Ärzte unter Berücksichtigung der Pflicht zur Versorgungspräsenz des anstellenden Vertragsarztes“ (§ 32 Abs. 1 ZV-Ärzte) getroffen werden. Die gemeinsame vertragsärztliche Tätigkeit bei unterschiedlichen Vertragsarztsitzen der Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft ist demnach zulässig, wenn „die Versorgungspräsenz des jeweiligen Mitglieds an seinem Vertragsarztsitz ... in dem erforderlichen Umfang gewährleistet ist sowie das Mitglied und die bei ihm angestellten Ärzte und Psychotherapeuten an den Vertragsarztsitzen der anderen Mitglieder nur in zeitlich begrenztem Umfang tätig werden“ (§ 33 Abs. 2 ZV-Ärzte). Gleichlautende oder ähnliche Regelungen sind für die vertragszahnärztliche Berufsausübung vorgesehen.

## II. Ziele des Gesetzes

---

Ziele des Gesetzes sollen sein:

- die Transformation berufrechtlicher Regelungen, die das ärztliche und zahnärztliche Berufsrecht liberalisiert und flexibilisiert haben, um die vertrags(zahn)ärztliche Berufsausübung effizienter und damit wettbewerbsfähiger zu gestalten,
- organisationsrechtliche Instrumente zur Abmilderung regionaler Versorgungsprobleme zu schaffen,
- Klarstellungen zu den Voraussetzungen für die Gründung medizinischer Versorgungszentren sowie zur Patientenbeteiligung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung vorzunehmen und Umsetzungshemmnisse zu beseitigen,
- die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich auf Grund des zwischenzeitlichen Zeitablaufs zu verschieben sowie
- die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführte Anschubfinanzierung zur Förderung der integrierten Versorgung zu verlängern.

Bei den vom Bundesgesundheitsministerium vorgeschlagenen gesetzlichen Regelungen stellt sich zum einen die Frage, ob die Ziele<sup>1</sup> des Koalitionsvertrages vom November 2005 auf diesem Wege erreicht werden können. Hier sind Zweifel angebracht. Zum anderen stellt sich die Frage, ob die Qualität der medizinischen Versorgung durch die geplanten Maßnahmen aufrecht erhalten werden kann. Hier sind Zweifel – siehe III. - begründet.

## III. Kritik

---

1. Eine im Vorgriff auf die geplante Gesundheitsreform vorgezogene Liberalisierung der Leistungserbringung ohne eine Flexibilisierung auf Seiten der Kostenträger kann nicht zielgerecht sein. Vielmehr steht zu befürchten, dass die weitgehende Öffnung der Berufsausübungsformen und der erleichterte Zugang Dritter in den Bereich der Gesundheitsversorgung die derzeit noch überwiegend freiberuflich und mittelständisch geprägten Strukturen zusätzlich unter Druck setzen werden. Die besondere Arzt-Patientenbeziehung geht damit langfristig verloren.

---

### <sup>1</sup> Gesundheit

Deutschland hat ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen, das den Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und zugleich rund 4,2 Millionen Beschäftigten und Selbständigen Arbeitsplätze bietet. Das Gesundheitswesen ist eine dynamische Wirtschaftsbranche mit Innovationskraft und erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland. Angesichts großer Herausforderungen, insbesondere des demografischen Wandels und des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts, muss das Gesundheitswesen jedoch ständig weiterentwickelt werden. Dabei ist unser Leitbild die Sicherung eines leistungsfähigen und demografiefesten Gesundheitswesens mit einer qualitativ hoch stehenden Versorgung für die Patientinnen und Patienten sowie die Gewährleistung einer solidarischen und bedarfsgerechten Finanzierung. (Koalitionsvereinbarung vom November 2005)

**Deshalb gilt: Mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem muss für Leistungs- und Kostenträger gleichermaßen gelten. Nur dann hat der Versicherte und Patient echte Wahlfreiheit. Die einseitige Veränderung von Bedingungen für die Erbringung einer Gesundheitsdienstleistung ohne gleichzeitige Öffnung der Krankenkassen gegenüber den Versicherten zu mehr Wettbewerb wird diesem Anspruch nicht gerecht.**

2. Der Versuch, „eigenständige“ Regelungen für die Berufsausübung als solche im Vertragsarztrecht zu schaffen, ist verfassungsrechtlich höchst problematisch. Der Sozialgesetzgeber greift zum einen in Länderkompetenzen ein. Dieser Eingriff hat bereits bei Verabschiedung des GMG Kritik erfahren.<sup>2</sup> Diese Kritik wird im Lichte des vorliegenden Gesetzentwurfs noch einmal untermauert.<sup>3</sup>

Zum anderen stellt der (Sozial-)Gesetzgeber die freie Berufsausübung in Frage. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vollzieht sich die Abwendung von den bisherigen Grundsätzen einer Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung durch niedergelassene Vertragszahnärzte, die in Eigenverantwortung einen freien Beruf ausüben und in diesem Rahmen Dienstleistungen höherer Art (§ 627 Abs. 1 BGB) erbringen. Dies wirft unter anderem die Frage auf, ob Art. 14, Art. 12 und Art. 3 Grundgesetz hinreichend beachtet werden; insbesondere wird das „Recht am Unternehmen“ (Art. 14 GG) tangiert, wenn durch gesetzliche Maßnahmen die Ausübung des freien Heilberufes erschwert und andere Unternehmensformen willentlich begünstigt werden.

**Hier gilt: Die freien und mittelständisch strukturierten Gesundheitsberufe dürfen weder durch einengende Definitionen des Gesetzgebers noch durch Bevorteilung anderer Unternehmensformen in ihrer Existenz gefährdet werden.**

---

<sup>2</sup> stellvertretend Butzer, Verfassungsrechtliche Anmerkungen zum GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz, MedR 177ff.

<sup>3</sup> *Dass die nunmehr vorgesehenen einschlägigen Regelungen, sollten sie Gesetz werden, mit der Gesetzgebungskompetenzordnung des Grundgesetzes im Einklang stehen, verneint Universitätsprofessor Dr. Christian Pestalozza in einem aktuellen Rechtsgutachten im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer aus drei Gründen: „Erstens steht dem Vorhaben des Bundes kein Kompetenztitel zur Seite: Eine ausschließliche Zuständigkeit steht ohnehin nicht zur Debatte, und aus dem Bereich der konkurrierenden Zuständigkeit versagen Nrn. 12 und 19 des Art. 74 Abs. 1 GG ihren Dienst. Auch ein kompetenzerweiternder Sachzusammenhang steht nicht zur Verfügung. Zweitens: Selbst wenn ein Titel des Art. 74 Abs. 1 GG einschläge, wären die hier interessierenden Regelungen, wie sie der Entwurf vorschlägt, nicht im Sinne des Art. 72 Abs. 2 GG erforderlich. Drittens: Auch wenn der Entwurf sich auf die Art. 74 Abs. 1, 72 Abs. 2 GG stützen könnte, wäre er verfassungswidrig, soweit er der Grundkonzeption existierender und ihrerseits kompetenzgemäß erlassener landesrechtlicher Regelungen – hier: des Berufsrechts der Ärzte – widerspricht.“*

3. Wer eine Liberalisierung des Vertragsarztrechtes will, muss das bisherige Zulassungssystem in Frage stellen. Die Komplexität der vom BMG vorgesehenen Regelungen im Hinblick auf KV/KZV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaften lässt selbst nach Überarbeitung des ursprünglichen Gesetzentwurfes befürchten, dass sich die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung auf dieser Basis nicht einmal mit erheblichem bürokratischen Aufwand steuern lässt.

#### **IV. Lösungsansatz**

Würde der Gesetzgeber Leistung von Erstattung trennen und – wie von der MIT vorgeschlagen - die Kostenerstattung anstelle der anonymen Sachleistung einführen, könnte auf Zwangskörperschaften verzichtet werden. An deren Stelle könnten auch privatrechtlich verfasste Organisationen auf der Basis bereits bestehender Regelungen im Sozialversicherungsrecht Verträge über Umfang, Vergütung und Qualität der zu erbringenden Leistungen mit den Krankenkassen abschließen, die Abrechnung der erbrachten Leistungen anbieten und ggf. durch Abtretung von Erstattungsansprüchen der Versicherten gegen ihre Krankenversicherungsunternehmen der immer wieder ins Feld geführten vermeintlichen Überforderung des einzelnen Patienten bei Einführung der Kostenerstattung wirksam begegnen.

Die (z. B. genossenschaftlichen) ärztlichen und zahnärztlichen Zusammenschlüsse sollten selbst Praxen gründen, erwerben oder z. B. in Medizinischen Versorgungszentren in der Trägerschaft von Ärzten und Zahnärzten zusammenführen dürfen, um damit eine Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung zu gewährleisten. Auf diese Weise wäre „Waffengleichheit“ mit Fremdkapitalgebern und Versicherungsunternehmen gewährleistet, die mit Macht auf den Gesundheitsmarkt drängen. Regionale Versorgungsprobleme könnten somit effizienter behoben werden, als durch Übertragung des Versorgungsauftrages an die Krankenkassen.

Bestehende Probleme werden im Rahmen des vorgelegten Gesetzentwurfes zwar erkannt, die Lösung jedoch vertagt. Es gibt daher keinen Anlass, auf Seiten der Leistungsträger „in Vorlage zu treten“, solange nicht zugesichert wird, dass auch auf der Finanzierungsseite die dringend erforderlichen Strukturreformen in Richtung Wettbewerb erfolgen. Die Verschärfung des Wettbewerbes – insbesondere mit großen Kapitalinvestoren – auf der Leistungsseite wird kurzfristig nur dazu führen, dass noch mehr Praxen bei der gegenwärtigen Vergütungsform in wirtschaftliche Probleme geraten. Dies gefährdet die mittelständische Struktur in der Gesundheitswirtschaft, gefährdet die Nähe der Heil- und Gesundheitsberufe zum Patienten und damit letztlich die Versorgungssicherheit.

## **V. Fazit**

**Die MIT-Gesundheitskommission warnt eindringlich vor einer Veränderung von Strukturen, welche zur Konsequenz hat, dass die mittelständischen Heil- und Gesundheitsberufe den bestehenden Monopolen in der Gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und neuen Oligopolen andererseits, deren Zugang zum Gesundheitsmarkt in Deutschland durch die Gesetzesvorschläge des BMG erleichtert wird, zum Opfer fallen. Die Aufforderung einiger gesetzlicher Krankenkassen, billigere Gesundheitsleistungen (z.B. Zahnersatz) im oder aus dem Ausland zu beziehen, zeigt, welche Folgen die „Discount-Medizin“ hat: Ärzte wandern ab, Betriebe schließen oder verlagern ihren Standort ins Ausland, Arbeitsplätze werden exportiert, Forschung findet an anderer Stelle statt, Qualität sinkt, Patientenschutz bleibt auf der Strecke.**

**Hier gilt: Probleme auf der Finanzierungsseite, die zum Teil von der Politik selbst verschuldet wurden, zum Teil aber auch Folgen des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschrittes sind, lassen sich nicht durch Strukturveränderungen auf Seiten der Leistungsträger lösen. Die zunehmende Ökonomisierung des Systems führt langfristig zu einem Verlust an Zuwendung, zur Rationierung von Leistungen, zur Fremdsteuerung des Patienten und zur Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit. Diese Entwicklung kann die Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU/CSU nicht unterstützen.**