

Erika Behnsen

Medizinische Versorgungszentren – die Konzeption des Gesetzgebers (II)

Im 2. Teil des Beitrags stehen die organisationsrechtliche Typisierung und die bedarfsplanungsrechtlichen Implikationen der Medizinischen Versorgungszentren im Vordergrund der Betrachtung. Geprüft wird auch die Frage, ob eine Doppelanstellung von Ärzten in Krankenhäusern und in MVZ gesetzlich möglich ist.

V. Organisationsrechtliche Prototypen eines MVZ

1. Der von den Regierungsfractionen intendierte Prototyp des MVZ ist die Angestellten-Variante

Organisationsrechtlich am besten geeignet ist die Gründung einer juristischen Person durch berechtigte Gründer in Form einer GmbH, deren Gesellschaftszweck die Erbringung fachübergreifender ärztlicher Leistungen durch angestellte Ärzte ist. Die GmbH als „kleine Schwester der Aktiengesellschaft“ ist die geeignete Organisationsform für mittlere Unternehmen, die sich für die Rechtsgestalt der Kapitalgesellschaft entschieden haben. Die Rechtslage in den einzelnen Kammer- und Heilberufsgesetzen der Länder bezüglich der berufsrechtlichen Zulässigkeit der Ausübung ambulanten ärztlicher Tätigkeit – außerhalb von Krankenhäusern – durch juristische Personen ist nicht ganz eindeutig:

- Eine ausdrückliche Erlaubnis besteht in Sachsen-Anhalt („Eine ambulante ärztliche Tätigkeit ist in einer Praxis oder poliklinischen Einrichtung zulässig“).
- Keine Regelungen bestehen unter anderem in Baden-Württemberg, Hessen, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Thüringen.
- Eine Bindung der ärztlichen Tätigkeit an die Niederlassung in eigener Praxis, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen, verlangen Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Brandenburg, Berlin.

Die Dispositivklausel „soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen“ wird nach – bisher mündlicher – Auskunft der zuständigen Stellen von den betreffenden Bundesländern teilweise so ausgelegt, dass als dispositives Recht auch Bundesrecht in Frage kommt; teilweise wird die Auffassung vertreten, dass die krankensicherungsrechtliche Regelung auf Grund von Artikel 31 GG Vorrang habe. Beide Auffassungen führen im Ergebnis dazu, dass Ärzten die Tätigkeit im MVZ insoweit erlaubt ist, als sie sich auf die vertragsärztliche Leistungserbringung bezieht, nicht jedoch, soweit das MVZ Selbstzahler behandeln will.

- In Bayern und Sachsen lautet die entsprechende berufsrechtliche Regelung „Die Führung einer ärztlichen Praxis in

der Rechtsform einer juristischen Person des privaten Rechts ist nicht statthaft.“

Laut Auskunft der Bayerischen Ärztekammer in einem Schreiben an die Bundesärztekammer vom 25. März 2004 will diese Regelung lediglich verhindern, dass sich niedergelassene Ärzte des Rechtsmantels einer juristischen Person bedienen und zum Beispiel ihre ärztliche Praxis in Form einer Ein-Mann-GmbH führen. Diese Regelung enthalte jedoch nicht ein generelles Verbot von juristischen Personen auf dem Gebiet der Heilkunde; MVZ seien deshalb in Bayern zulässig. Diese Rechtsauffassung wird von der zuständigen Aufsichtsbehörde geteilt. Wie sich aus einem Schreiben des sächsischen Sozialministeriums vom 2. April 2004 an die Krankenhausgesellschaft Sachsen ergibt, hat sich Sachsen dieser Auslegung hinsichtlich seiner wortgleichen Regelung angeschlossen.

In der einschlägigen Literatur⁷⁾ werden diese landesrechtlichen Regelungen dagegen einhellig als umfassendes Verbot einer Kapitalgesellschaft auf dem Gebiet der ambulanten ärztlichen Heilkunde aufgefasst. Man wird abwarten müssen, ob ländergesetzliche Unklarheiten Hindernisse bei der Gründung von medizinischen Versorgungszentren sein werden. Das BMGS hat – soweit erforderlich – die entsprechenden Bundesländer um eine gesetzliche Klärung gebeten, damit die Implementierung dieser – nicht nur vom Bundestag, sondern auch vom Bundesrat getragenen – neuen Versorgungsform MVZ nicht an verfassungsrechtlich höchst umstrittenen überkommenen berufsrechtlichen Regelungen scheitert.

2. Der in den Konsensverhandlungen durch die Einfügung „in denen Ärzte als Vertragsärzte tätig sind“ eingeführte weitere Typ des MVZ ist die Freiberufler-Variante

Diese Erweiterung der Leistungserbringung eines MVZ um die Tätigkeit von Vertragsärzten bedeutet – anders als es die amtliche Begründung erläutert, die von einer Zusammenarbeit des MVZ mit Vertragsärzten spricht,⁸⁾ – eine Erweiterung der im Gesetzentwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes vorgesehenen potentiellen Träger dieser Einrichtungen um Vertragsärzte. Dies ergibt sich aus Folgendem: Vertragsärzte können, da sie anders als angestellte Ärzte selbstständig und auf eigene Rechnung tätig sind, nur entsprechend diesem Status in einem MVZ arbeiten. Daraus folgt, dass ein MVZ, das seine Leistungen durch Vertragsärzte erbringt, nur in der Weise gegründet werden kann, dass sich Vertragsärzte zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen, die ihren Vertragsarztstatus unberührt lässt, also zu einer BGB-Gesellschaft oder zu einer Partnerschaftsgesellschaft. Die

neue Rechtsform der Ärztesgesellschaft des § 23 a der (Muster)-Berufsordnung kommt nicht in Betracht, da die ärztliche Tätigkeit als Angestellter dieser juristischen Person nach geltendem Vertragsarztrecht keine vertragsärztliche, nämlich selbstständige ärztliche Tätigkeit in einer (eigenen) Praxis ist. Diese Berufsausübungsgemeinschaft der Vertragsärzte wird dann vom Zulassungsausschuss als MVZ zugelassen. Die Zulassung der Vertragsärzte wird also durch die Zulassung des MVZ überlagert, sodass die Vertragsärzte nach der Auflösung des MVZ ihre vertragsärztliche Tätigkeit als Einzelpraxis oder Gemeinschaftspraxis fortführen können.

Das MVZ erbringt die vertragsärztlichen Leistungen durch die in der Berufsausübungsgemeinschaft zusammengeschlossenen Vertragsärzte, es schließt den Behandlungsvertrag mit dem Versicherten und rechnet mit der KV ab. Das MVZ in dieser Freiberufler-Variante ist darüber hinaus bezüglich der Leistungserbringung dem MVZ in der Angestellten-Variante, bei der der Träger eine juristische Person ist, insofern gleichgestellt, als es (anders als eine Vertragsarztpraxis, § 32 b Absatz 1 Satz 1 Ärzte-ZV) Ärzte in beliebiger Personenzahl und beliebiger Arbeitszeit anstellen kann; die entsprechenden Regelungen in § 101 Absatz 1 Satz 6 SGB V und § 32 b Absatz 1 Satz 2 Ärzte-ZV differenzieren nicht zwischen diesen beiden Varianten.

Da Ärzten auf Grund § 19 Absatz 2 der (Muster)-Berufsordnung die Beschäftigung fachgebietsfremder angestellter Ärzte berufsrechtlich allerdings nur möglich ist, wenn „der Behandlungsauftrag regelmäßig nur von Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann“, kann das MVZ in der Freiberufler-Variante auch nur unter dieser Einschränkung fachgebietsfremde Ärzte anstellen, da die das MVZ bildenden (Vertrags-)Ärzte andernfalls gegen ihre berufrechtlichen Pflichten verstoßen würden.

Ein weiterer – wenn auch oft nur theoretischer – Unterschied zwischen der Freiberufler-Variante und der Angestellten-Variante besteht auch bezüglich der Gewährung der freien Arztwahl. Während für das MVZ in der Angestellten-Variante allein § 76 SGB V gilt, der dem Versicherten nicht das Recht gibt, zwischen den im MVZ angestellten Ärzten zu wählen, sondern lediglich zwischen dem MVZ und anderen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern, haben die das MVZ bildenden Vertragsärzte in der Freiberufler-Variante auch das berufsrechtliche Gebot des § 18 Absatz 4 (Muster)-Berufsordnung zu beachten, wonach bei allen Formen der ärztlichen Kooperation die freie Arztwahl gewährleistet bleiben muss. Dieses Gebot gilt allerdings nicht für die Auswahl unter den in diesem MVZ angestellten Ärzten und findet im Übrigen seine Grenze an der Verpflichtung der Fachärzte, grundsätzlich ihre Gebietsgrenzen einzuhalten.

Ferner haben die das MVZ bildenden Vertragsärzte die (neue) Verpflichtung des § 19 Absatz 4 der (Muster)-Berufsordnung zu beachten, wonach die Patienten über die in der Praxis tätigen angestellten Ärzte in geeigneter Weise informiert werden müssen.



VOLLACK-4-Phasen-Methode®:
Die Bürgschaft für höchsten
Parkhaus-Nutzen.

www.vollack.de/parkhaus
Telefon: 07 21/4 76 83 00

vollack®
Erfolg bauen
Parkhaus AG

VI. Bedarfsplanungsrechtliche Schranken für die Gründung und die fachgebietliche Erweiterung eines MVZ sowie die gesetzlichen Instrumente zu ihrer Überwindung

1. Grundsatz

Bedarfsplanungsrechtlich behandelt das Gesetz die Zulassung von MVZ und die Genehmigung der dort tätigen angestellten Ärzte grundsätzlich ebenso wie die Zulassung von Vertragsärzten. Dies bedeutet für das MVZ in der Angestellten-Variante, dass es für Fachgebiete in Planungsbereichen, für die Zulassungssperren angeordnet worden sind, nicht gegründet werden und dass sein vertragsärztliches Leistungsspektrum auch nicht entsprechend erweitert werden kann. Auch das MVZ in der Freiberufler-Variante kann nur dann Ärzte anstellen, wenn Zulassungsbeschränkungen nicht entgegenstehen.

2. Gründungs- und Erweiterungsmöglichkeiten trotz Zulassungssperren

Das Ziel des Gesetzgebers ist aber gerade, auch in den vielfach wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereichen Westdeutschlands die Gründung von MVZ zu ermöglichen. Das Gesetz hat deshalb folgende spezielle Gründungsmöglichkeiten eröffnet:

a) Anstellung unter Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung

- In dem MVZ lassen sich Ärzte anstellen, die in diesem Planungsbereich bisher als Vertragsarzt tätig waren und die unter Verzicht auf ihre Zulassung in diesem MVZ tätig werden. § 103 Absatz 4 a SGB V lässt dies ausdrücklich zu.
- Ein Sonderfall dieser Gründungs- und Erweiterungsmöglichkeit besteht, wenn in dem betreffenden Planungsbereich ein niedergelassener Vertragsarzt, der gleichzeitig Gründer des MVZ ist, auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet, um sich vom MVZ anstellen zu lassen. Wie unter IV, Nr. 2 dargelegt, ist der Verlust der Gründereigenschaft durch die Anstellung für den Fortbestand des MVZ unschädlich, sofern die Geschäftsanteile und Stimmrechte weiterhin von gründungsberechtigten Leistungserbringern gehalten werden. ▶

b) Anstellung nach Praxisfortführung

Das MVZ bekommt im Wege der Übernahme der Praxis eines in dem betreffenden Planungsbereich niedergelassenen und aus der Versorgung ausscheidenden Vertragsarztes im Verfahren der Praxisübernahme nach § 103 Absatz 4 SGB V vom Zulassungsausschuss „den Zuschlag“. Für das Auswahlverfahren muss das MVZ dem Zulassungsausschuss einen neu anzustellenden Arzt präsentieren, der für die Übernahme der ärztlichen Tätigkeit des ausscheidenden Arztes geeignet ist. Anderenfalls würde es sich um den Aufkauf einer Zulassung handeln, die das geltende Recht nicht zulässt; auch Vertragsärzten ist es verwehrt, die Zulassung eines ausscheidenden Kollegen aufzukaufen.

c) Anstellung aufgrund von Sonderbedarf

Da die Leistungserbringung für ein MVZ unter den gleichen Bedingungen möglich sein muss wie für Vertragsärzte, dürfen sich auch MVZ bei einer entsprechenden Sonderbedarfsfeststellung entweder durch die Aufnahme eines weiteren Vertragsarztes oder eines weiteren angestellten Arztes gründen oder fachgebietlich erweitern. Einzelheiten dazu sind in den Bedarfsplanungs-Richtlinien geregelt.

3. Berufliche Anreize für die angestellten Ärzte der ersten Generation

Der Gesetzgeber setzt nicht nur Anreize auf Seiten der Gründer zur Errichtung eines MVZ, sondern er prämiiert vor allem die ärztlichen Pioniere, die als Angestellte das MVZ mit aufbauen. Angestellte, die von der Gründung eines MVZ an mindestens 5 Jahre dort tätig waren, erhalten das Recht, sich trotz Zulassungsbeschränkungen in demselben Planungsbereich niederzulassen (§ 103 Absatz 4a Satz 4 SGB V).

Der Grund für diese Sonderregelung ist, dass man die Ärzte belohnen möchte, die durch ihre Angestelltentätigkeit den Aufbau des MVZ ermöglicht haben. Dadurch wird zugleich für junge Ärzte ein Anreiz geschaffen, zu Beginn ihrer Berufstätigkeit Berufserfahrungen in einem – neu gegründeten oder fachlich zu erweiternden – Versorgungszentrum zu sammeln.

Da diese Regelung sowohl eine Bevorzugung der angestellten Ärzte in einem MVZ gegenüber sonstigen Interessenten an einem Vertragsarztsitz ist und zugleich zu einer Vergrößerung der Überversorgung in dem gesperrten Planungsbereich führt, ist sie in der Weise eng auszulegen, dass die Vergünstigung nur solchen Angestellten zugute kommt, die in dem MVZ in dem relevanten 5-Jahres-Zeitraum mehr als halbtags tätig waren.

VII. Fortbestand des MVZ

Der Fortbestand des MVZ wird dadurch gesichert, dass die Stelle eines ausscheidenden Angestellten immer nachbesetzt werden kann, das heißt auch dann, wenn der Planungsbereich wegen Überversorgung gesperrt ist. Das MVZ muss dabei nicht das für die Praxisnachfolge vorgesehene Auswahlverfahren nach § 103 Absatz 4 SGB V einhalten, in dem der Zulassungsausschuss den am besten geeigneten Nachfolger auswählt, sondern es kann den neuen anzustellenden Arzt selbst auswählen. Dies gilt nicht

nur für das MVZ in der Angestellten-Variante, sondern auch für das MVZ in der Freiberufler-Variante, da die entsprechende Regelung in § 103 Absatz 4a Satz 5 SGB V, die diese Nachbesetzung erlaubt, keine entsprechende Differenzierung macht.

VIII. Doppelanstellung im Krankenhaus und im MVZ

Eine Frage, die im Zusammenhang mit der Veränderung der Krankenhauslandschaft im Zuge der flächendeckenden Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen von besonderer praktischer Bedeutung sein wird, ist, ob ein Krankenhausarzt zusätzlich mit einem bestimmten Anteil seiner Arbeitszeit auch in einem MVZ angestellt sein kann. Das Gesetz sagt zu dieser Art der Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung nichts Ausdrückliches. Es lässt lediglich Krankenhausträger als berechnete Gründer eines MVZ zu; außerdem kann ein angestellter Arzt im MVZ anders als ein angestellter Arzt einer Vertragsarztpraxis mit beliebiger Arbeitszeit beschäftigt werden.

Im Übrigen werden die Regelungen des SGB V und der Zulassungsordnung nicht nur hinsichtlich der regionalen Umverteilungsplanung, sondern auch hinsichtlich der übrigen vertragsärztlichen Bestimmungen – zum Beispiel bezüglich des Praxissitzes und der bundesmantelvertraglichen Regelungen zur Zweigpraxis und der ausgelagerten Praxisstätte – auf die MVZ genauso angewandt wie auf Vertragsärzte, es sei denn, es besteht eine ausdrückliche abweichende Regelung.

Es ist deshalb zu entscheiden, ob die auf MVZ analog anzuwendende Regelung des § 20 Absatz 2 Ärzte-ZV, nach der ein Arzt dann nicht für die vertragsärztliche Tätigkeit geeignet ist, wenn er eine ärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit eines Vertragsarztes nicht vereinbar ist, die gleichzeitige Anstellung eines Arztes in einem Krankenhaus und in einem MVZ deshalb ausschließt, weil die gleichzeitige Anstellung in einem Krankenhaus bei patientenbezogener Tätigkeit mit der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Leistungserbringung des MVZ unvereinbar ist.

Nach Auffassung des BSG⁹⁾ ist eine die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gefährdende Interessen- und Pflichtenkollision in der Person des Vertragsarztes dann anzunehmen, wenn sich die anderweitige ärztliche Tätigkeit und die vertragsärztliche Tätigkeit vermischen können und dies zu einer faktischen Beschränkung des Rechts auf freie Arztwahl führen kann.

Die freie Arztwahl sieht das BSG insbesondere als gefährdet an, wenn der die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung im Einzugsbereich des Krankenhauses begehrende Krankenhausarzt bei stationärem Aufenthalt von Patienten unmittelbar in deren Versorgung eingebunden ist, da es nahe liege, dass der Versicherte nach Beendigung der stationären Behandlung sich verpflichtet sehen könnte, die sich anschließende ambulante Behandlung bei dem gleichzeitig zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Krankenhausarzt fortzusetzen. Auch sei die Möglichkeit nicht

auszuschließen, dass ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Krankenhausarzt aus nicht sachgerechten Gründen Behandlungsschritte beim Versicherten vom ambulanten in den stationären Bereich und umgekehrt verlagere. Zielrichtung dieser Regelung in § 20 Absatz 2 Ärzte-ZV sei, so das BSG, jedoch nicht die Ausschaltung von Wettbewerb zum Schutze bestehender Praxen und nicht die Verhinderung der Belastung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung durch Ausgliederung ärztlicher Leistungsbereiche aus der stationären in die ambulante Behandlung, sondern allein die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Ausschluss von Interessen- und Pflichtenkollisionen.

☛ Diese Ausführungen zeigen, dass es zweifelhaft ist, ob die Rechtsprechung ohne entsprechende gesetzliche Klarstellung die gleichzeitige patientenbezogene Tätigkeit des angestellten Arztes in einem Krankenhaus und in einem MVZ, noch dazu bei Trägeridentität, als mit § 20 Absatz 2 Ärzte-ZV vereinbar ansähe.

Nach Auffassung des BMGS spricht die Konzeption der MVZ – insbesondere durch die Zulassung der Krankenhausträger als berechnigte Gründer – dafür, dass der Gesetzgeber des GMG auch die gleichzeitige Tätigkeit eines Krankenhausarztes in einem MVZ nicht hat ausschließen wollen. Denn betriebswirtschaftlich ist Trägeridentität dann erst richtig interessant, wenn dadurch für den Träger die

Möglichkeit geschaffen wird, die personellen und sachlichen Ressourcen optimal zu nutzen. Auch die gesundheitspolitische Zielsetzung in anderen Regelungen des GMG, zum Beispiel die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V und die Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten Leistungserbringung im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 146 a SGB V, zielen darauf hin, den Krankenhäusern die Möglichkeit zu eröffnen, sich in Richtung umfassender Gesundheitszentren auszubauen.

Angesichts der gefestigten Rechtsprechung des BSG könnte es jedoch zweckmäßig sein, dass der Normgeber zur Herstellung der notwendigen Rechtssicherheit für die Entscheidungen der Registergerichte und Zulassungsausschüsse die Kompatibilität der Angestelltentätigkeit im Krankenhaus mit der Geeignetheit zur vertragsärztlichen Tätigkeit in § 20 Absatz 2 Ärzte-ZV konkretisiert.

IX. Auswirkungen der krankensicherungsrechtlichen Implementierung der MVZs auf die Erstattungspraxis der privaten Krankenversicherungsunternehmen

Der Gesetzgeber des GMG hat zur Abrechnungs- und Erstattungsfähigkeit der Leistungen des MVZ gegenüber Selbstzahlern nichts geregelt. Klar ist jedoch, dass es dem Ziel, die Errichtung von MVZ zu fördern, zuwider liefe, wenn



ATHENA

ATHENA – das Frühwarnsystem für medizinische Einrichtungen

ATHENA, das webbasierte EDV-Tool, unterstützt gezielt die Aufgaben des Qualitäts- und Risikomanagements bei der Versorgung und Behandlung von Patienten.

Steigen Zahl und Höhe der Schäden in der Arzt- und Krankenhaushaftung, so wirkt sich dies negativ auf Kliniken, Mitarbeiter und Patienten aus. Jeder Haftungsfall bedeutet für Kliniken einen potenziellen Imageverlust, der letztendlich existenzbedrohend sein kann. Daher wird es zunehmend wichtiger, Abweichungen vom normalen Ablauf nicht nur unter Qualitäts-, sondern auch unter Risikoaspekten kontinuierlich und strukturiert zu erfassen und interne Abläufe zu korrigieren, bevor nennenswerte Abweichungen eintreten.

Medizinische Einrichtungen können ATHENA gezielt einsetzen, um

- Abweichungen vom Normalverlauf bei der Versorgung und Behandlung von Patienten systematisch und zeitnah festzuhalten und auszuwerten sowie
- präventive Strategien abzuleiten.

Mit ATHENA steht allen Kliniken und Klinikträgern der notwendige Baustein für ein integriertes Qualitäts- und Risikomanagement bereit.

Für Fragen steht Ihnen **Frau Sybille Musick**, Tel.: +49 (0) 89/38 91-92 23, Info_ATHENA@munichre.com, gerne zur Verfügung. Weitere Informationen enthält auch www.athena.munichre.com.



Münchener Rück
Munich Re Group

diese bei der Behandlung von Selbstzahlern gegenüber Vertragsärzten benachteiligt wären. Es ist herrschende Meinung in Literatur und Rechtsprechung¹⁰⁾, dass juristische Personen, die ärztliche Leistungen erbringen, ein Liquidationsrecht haben, dessen Inhalt zwar nicht unmittelbar, jedoch mittelbar über § 612 BGB durch die ärztliche Gebührenordnung bestimmt wird.¹¹⁾ Unmittelbar gilt die ärztliche Gebührenordnung nur für ärztliche Leistungen, die ein Arzt aufgrund des mit ihm geschlossenen Behandlungsvertrages erbracht hat. Im Fall des MVZ in der Angestellten-Variante wird dagegen der Behandlungsvertrag mit der juristischen Person geschlossen, nicht dagegen mit einem Arzt oder mit einer Berufsausübungsgemeinschaft von Ärzten. Auch im Fall der Freiberufler-Variante wäre die unmittelbare Anwendung der ärztlichen Gebührenordnung zweifelhaft, wenn die die ärztliche Behandlung ausführenden angestellten Ärzte nicht demselben Fachgebiet angehören wie die Vertragsärzte und den Vertragsärzten deshalb die ärztlichen Tätigkeiten der angestellten Ärzte gebührenrechtlich nicht als eigene Leistungen zugerechnet werden könnten.

Das Hindernis für MVZ in der Angestellten-Variante, Selbstzahler als Patienten zu gewinnen, liegt jedoch nicht vorrangig daran, dass die ärztliche Gebührenordnung nicht unmittelbar gilt, sondern daran, dass die derzeitigen Musterbedingungen der privaten Krankenversicherung (MBKK), die regelmäßig Bestandteil des Versicherungsvertrages des Selbstzahlers mit seiner jeweiligen Versicherungsgesellschaft sind, in § 4 Absatz 2 vorsehen, dass bei ambulanter Krankenbehandlung nur die Leistungen niedergelassener Ärzte erstattungsfähig sind.

Die Rechtsprechung¹²⁾ hat diese Beschränkung des Erstattungsanspruchs auf die ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte mit der Begründung gebilligt, dass aufgrund der mit der Niederlassung verbundenen Berufspflichten der Versicherte und der Versicherer im Allgemeinen davon ausgehen könnten, dass die von einem niedergelassenen Arzt gewährte Heilbehandlung kunstgerecht und damit in aller Regel „medizinisch notwendig“ sei. Die in der Beschränkung auf die Erstattungsfähigkeit von Leistungen niedergelassener Ärzte liegende Risikobegrenzung sei gerechtfertigt, da anderenfalls den Versicherern eine unzumutbare Untersuchungspflicht aufgebürdet würde, ob ärztliche Leistungen, die von juristischen Personen erbracht würden, kunstgerecht und damit in aller Regel medizinisch notwendig seien. Allerdings hat der BGH¹³⁾ in dem Fall der Klinik für Diagnostik in Wiesbaden festgestellt, dass diese Klausel in der Weise restriktiv auszulegen sei, dass sie dann nicht gelten könne, wenn das Krankenhaus die Voraussetzungen für die Gewährung von Versicherungsschutz bei stationärer Krankenbehandlung erfüllt.

Dieser Auslegung der Risikobegrenzungsregelung liegt die Überlegung zugrunde, dass dann, wenn die stationären Leistungen einer Einrichtung den Anforderungen an ihrer Erstattungsfähigkeit entsprechen, dies auch für die ambulanten Leistungen dieser Einrichtung gelten muss, da nicht anzunehmen ist, dass lediglich die stationäre Heilbehandlung kunstgerecht ausgeführt wird.

Diese Überlegung muss auch für MVZ gelten, die für die Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassen sind. Sofern die Zulassungsinstanzen der GKV die Leistungserbringung zu Lasten der GKV durch eine derartige Einrichtung gestatten, ist auch bezüglich der Erstattungsfähigkeit der Leistungen an Selbstzahler davon auszugehen, dass die Leistungen dieser Einrichtung kunstgerecht und damit in aller Regel „medizinisch notwendig“ im Sinne der Risikobegrenzungsregelung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung sind. Um Rechtsklarheit zu schaffen und nicht erst durch die Gerichte zur Erstattung verpflichtet zu werden, sollte die PKV ihre Musterbedingungen an den neuen Rechtszustand im SGB V anpassen und die Leistungserbringung durch medizinische Versorgungszentren in ihre Regelungen über die Erstattungsfähigkeit ambulanter ärztlicher Leistungen mit einbeziehen.

Das BMGS hat die private Krankenversicherung zu einer entsprechenden Überprüfung ihrer Erstattungsbedingungen aufgefordert.

X. Fazit

- Das Ziel des Gesetzgebers ist klar: Die MVZ sollen eine wichtige Ergänzung zur ambulanten ärztlichen Versorgung durch Einzel- und Gemeinschaftspraxen werden.
- Die gesetzgeberische Umsetzung lässt viele Fragen offen und deshalb Raum für kreative Ausgestaltung vor Ort.
- Perfektion und Innovation gehen oft leider nicht Hand in Hand. Deshalb hätte die Implementierung der MVZ durch das GMG sicherlich niemals des Bundesgesetzblatt erreicht, wenn der Gesetzgeber den Ehrgeiz gehabt hätte, alle offenen Fragen im Vorfeld zu klären. Ebenso hätte ohne die Regelung des MVZ im SGB V der 107. Deutsche Ärztetag in Bremen nicht die Kraft aufgebracht, sich in der Muster-Berufsordnung neuen Berufsausübungsformen gegenüber zu öffnen.

Anmerkungen

- 7) Vergleiche Taupitz, NJW 1996, 3033 ff.
- 8) BT-Drs. 15/1525 Seite 108
- 9) BSG vom 5. November 1997 in BSGE 81, 143; BSG vom 15. März 1995 in SozR 3 – 5520 § 20, diese Rechtsprechung bekräftigend im Urteil vom 5. Februar 2003 in GesR 2003, 173 ff.
- 10) Vergleiche Laufs, MedR 1995, 11(14); BGH vom 30. November 1997 in NJW 1978, 267 ff.
- 11) Vergleiche Laufs a.a.O.
- 12) Vergleiche OLG Hamm NJW 1993, 801 ff.
- 13) BGH in Fußnote 10

Anschrift der Verfasserin:

Erika Behnsen,
Leiterin des Referats 224 im BMGS,
Am Probsthof 78 a,
53121 Bonn ■