



## Neue Einschränkungen für MVZs!

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) trat im Wesentlichen zum 1. Januar 2012 in Kraft. Gegenstand waren unter anderem zahlreiche heftig diskutierte Beschränkungen und Einschnitte für MVZ, insbesondere solche in Trägerschaft einer Klinik.

Vereinzelt haben nun Kassenärztliche Vereinigungen darüber hinaus weitere Einschränkungen in Aussicht gestellt, über die wir im Folgenden informieren möchten.

### 1. Plausibilitätsprüfungen

Wie bekannt können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sog. Plausibilitätsprüfungen durchführen (§ 106a SGB V i. V. m. § 46 BMV-Ä).

Nach der Neufassung des § 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V entscheiden zukünftig vorrangig wieder die KVen über die Honorarverteilung. Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass sie dabei vermehrt auf Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen zurückgreifen werden. Insbesondere den MVZ und Praxen mit **angestellten Ärzten** drohen vor allem in Bayern Rückforderungen ab 2008.

Die KV Bayern vertritt nach vorliegenden Pressemitteilungen die Auffassung, dass angestellten Ärzten bei einer Vollzulassung nur noch eine Arbeitszeit von 520 Stunden pro Quartal (das entspricht 40 Stunden pro Woche) zugebilligt werde. Haben diese Ärzte mehr Leistungen abgerechnet, als rechnerisch in dieser Zeit erbracht werden können, drohen pauschale Kürzungen.

Demgegenüber dürfe ein freiberuflich tätiger Arzt mit Vollzulassung pro Quartal 780 Stunden an Leistungen abrechnen (60 Stunden pro Woche). Bis einschließlich

2011 wurden diese Stundenkontingente auch für angestellte Ärzte im MVZ und in Praxen zugrunde gelegt.

Ausgangspunkt für die nun vorgesehene Änderung ist § 8a der Richtlinien der KVB und des Spitzenverbands der Krankenkassen. Dieser regelt, dass die Abrechnung von medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten auch daraufhin überprüft werden können, ob die für die angestellten Ärzte genehmigten Arbeitszeiten eingehalten worden sind.

Diese Differenzierung stellt eine Ungleichbehandlung dar. Inwieweit die Frage der Freiberuflichkeit oder Angestelltentätigkeit einen die Ungleichbehandlung rechtfertigenden sachlichen Grund darstellt, ist offen. Gegen die Berichtigungen entsprechender Honorarbescheide können Rechtsmittel eingelegt werden, um dies gerichtlich überprüfen zu lassen.

Im Hinblick auf angestellte Ärzte ist zur Vermeidung von Honorarkürzungen zu empfehlen, die genehmigten Arbeitszeiten nach dem konkreten Wortlaut in den Genehmigungsbescheiden des Zulassungsausschusses einzuhalten.

Wir empfehlen, mögliche Richtigstellungsbescheide kritisch zu hinterfragen und ggf. rechtzeitig Widerspruch einzulegen.

### 2. Änderung der Abrechnungsbestimmungen der KV Bayern – keine Abschlagszahlungen ohne zusätzliche Bankbürgschaft

An wenig exponierter Stelle findet sich in den „KVB Infos 3/2012“, Seite 24, ein Hinweis der KV Bayern auf die Änderungen der Abrechnungsbestimmungen mit

Wirkung zum 3. Quartal 2012. Geändert wurde § 5, der die Abschlags- und Restzahlungen regelt.

Grundsätzlich werden gem. § 5 Abs. 1 der KVB-Abrechnungsbestimmungen auf das für den einzelnen Vertragsarzt zu erwartende Vierteljahres-Honorar monatliche Abschlagszahlungen durch die KV geleistet.

Durch die Neuregelung in § 5 Abs. 1a werden MVZ benachteiligt, deren Gesellschafter nicht ausschließlich natürliche Personen sind, was gerade bei Krankenhaus-MVZ die Regel sein dürfte.

§ 5 Abs. 1a lautet:

*„(1a) Für ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), das in der **Organisationsform einer juristischen Person der Privatrechts** betrieben wird, werden Abschlagszahlungen nach § 5 Abs. 1 nur dann geleistet, wenn **deren Gesellschafter ausschließlich natürliche Personen sind** und diese zur Sicherung von Forderungen der Krankenkassen und der KVB selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen abgegeben haben. Sind bei einem MVZ, das in der **Organisationsform einer juristischen Person des Privatrechts** betrieben wird, **die Gesellschafter nicht ausschließlich natürliche Personen**, leistet die KVB Abschlagszahlungen nur dann, wenn **das MVZ** zur Sicherung von Forderungen der KVB und der Krankenkassen aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit eine **selbstschuldnerische Bürgschaft einer Bank**, die im Gebiet der Europäischen Union ansässig ist, **in Höhe von fünf Abschlagszahlungen beigebracht hat**. Für die Berechnung der Höhe einer Abschlagszahlung gilt § 5 Abs. 1 S. 2 entsprechend.“*

Durch diese Regelung wird eine **zusätzliche Bankbürgschaft des MVZ** gefordert. Hierfür gibt es keine Rechtsgrundlage im Gesetz. Auch nach der Änderung des § 95 SGB V durch das GKV-VStG bleibt es dabei, dass gem. § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V Voraussetzung für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform einer GmbH ist, dass die **Gesellschafter** selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das Medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben (vgl. auch SG Marburg, Urteil vom 12.12.2007 - S 12 KA 395/07, 12 KA 395/07 -).

Weiter gibt es auch für die **Form** einer Bürgschaftserklärung (hier: Bankbürgschaft) keine Grundlage. § 95 SGB V schreibt die Form gerade nicht vor.

Die neue Abrechnungsbestimmung der KVB widerspricht daher dem Gesetzestext und ist rechtswidrig.

Sollte eine weitere Bürgschaft daher nicht beigebracht werden wollen oder können, empfehlen wir, rechtzeitig Rechtsschutzmöglichkeiten zu prüfen. Da das Ausbleiben der monatlichen Abschlagszahlungen die MVZs in erhebliche und unter Umständen existenzbedrohende Vorleistung zwingt, kann auch einstweiliger Rechtsschutz zum Sozialgericht erwogen werden.

Wir stehen gern für weitere Erläuterungen zur Verfügung.

Ansprechpartner:

Petra Maier  
Rechtsanwältin  
Tel.: 089/29033-124  
E-Mail: [maier@seufert-law.de](mailto:maier@seufert-law.de)

Dr. Anke Hübner  
Rechtsanwältin  
Fachanwältin für Medizinrecht  
Tel.: 089/29033-142  
E-Mail: [huebner@seufert-law.de](mailto:huebner@seufert-law.de)