

10.01.2019

**Stellungnahme zum  
Kabinettsentwurf  
eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung  
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)**

**A. Vorbemerkung**

Der Fokus des Gesetzentwurfs liegt auf dem ambulanten Sektor, doch sind auch Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen durch einzelne Regelungen betroffen. Dabei gilt es, den Blick des Gesetzgebers vor allem auf den Bereich der Rehabilitation zu richten, welcher in gesetzlichen Neuregelungen oftmals kaum Beachtung als gleichwertiger Sektor findet.

Wichtigen weiteren Handlungsbedarf sehen wir beim Thema Fixkostendegressionsabschlag. Insbesondere Leistungen der Neurologisch-Neurochirurgischen Frührehabilitation sollten vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen werden. Die Krankenhäuser können die Zahl der zu behandelnden Patienten nicht beeinflussen. Neurologische Frührehabilitation ermöglicht es nachgewiesenermaßen, Pflegebedarf zu reduzieren. In Zeiten des Pflegemangels wird betroffenen Patienten die Rückkehr in ein selbständiges Leben ermöglicht und die Pflegeversicherung entlastet. Die Leistungen werden in der Regel in spezialisierten neurologischen Fachkliniken erbracht, was dem politischen Wunsch entspricht. Der Fixkostendegressionsabschlag gefährdet Fachkliniken existenziell und konterkariert damit die gewollte Spezialisierung und damit verbundene Konzentration von Leistungen. Ohne eine Änderung muss damit gerechnet werden, dass Kliniken dazu übergehen zur Vermeidung des Fixkostendegressionsabschlags die Aufnahme von Patienten zu steuern.

## **B. Stellungnahme im Einzelnen**

### **I. Neues sektorenübergreifendes (dreiseitiges) Schiedsgremium**

Art. 1 Nr. 48, § 89a SGB V (Neufassung)

#### **Neuregelung**

Mit dem neuen sektorenübergreifenden Entscheidungsgremium zur Konfliktlösung beabsichtigt der Gesetzgeber, Kompetenzen zu bündeln und eine sachgerechte, interessengerechte und zügige Konfliktlösung sicherzustellen. Die bestehenden uneinheitlichen Regelungen und Unterschiede bezüglich der Mehrheitsverhältnisse, der Beschlussfassung und der Stimmverhältnisse sollen dadurch beendet und die auf zweiseitige Konflikte ausgerichteten Schiedsämter und Schiedsstellen gleichzeitig von allen Entscheidungen im dreiseitigen Bereich befreit werden.

#### **Bewertung**

Die Einrichtung eines sektorübergreifenden Schiedsgremiums sowohl auf Landes- als auch Bundesebene ist grundsätzlich zu begrüßen. In der Ausgestaltung wird jedoch der Bereich der Rehabilitation nicht berücksichtigt. Um alle Sektoren vollumfänglich abbilden zu können, müssen auch Vertreter von Rehabilitationsleistungserbringern als ständige Mitglieder in den Schiedsgremien auf Landes- und Bundesebene vertreten sein.

#### **Änderungsvorschlag**

§ 89a Absatz 1 SGB V (Neufassung) wird um „die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Landesebene maßgeblichen Verbände“ ergänzt.

§ 89a Absatz 2 SGB V (Neufassung) wird um „die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene“ ergänzt.

§ 89a Absatz 5 SGB V (Neufassung) wird um zwei Vertreter „der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen“ ergänzt.

## **II. Gründung MVZ durch Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen**

Artikel 1, Nr. 52, § 95 SGB V (Neufassung)

### **Neuregelung**

Die Möglichkeit zur Gründung von MVZ für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V soll auf die Gründung fachbezogener MVZ beschränkt werden. Hiermit soll laut Gesetzesbegründung der zunehmende Einfluss von Kapitalinvestoren in diesem Bereich begrenzt werden.

### **Bewertung**

Niereninsuffiziente Patienten haben einen sehr komplexen Versorgungsbedarf, der über die eigentliche Dialyse hinausgeht. Die meisten dieser Patienten haben multiple Erkrankungen, die in einem Zusammenhang mit ihrer Niereninsuffizienz stehen. Sie müssen in der Regel hausärztlich, nephrologisch, kardiologisch, diabetologisch, urologisch, geriatrisch und pflegerisch behandelt werden. Eine entsprechende fachübergreifende und patientenorientierte Versorgung steht dabei im Einklang mit der Intention des Gesetzgebers, den Zugang zu einer qualitativ guten und gut erreichbaren ambulanten medizinischen Versorgung angemessen und flächendeckend sicherzustellen.

Daher gilt es, die anerkannte Komplexität des Versorgungsbedarfes aufzugreifen und Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V, die Gründung fachübergreifender medizinischer Versorgungszentren zu ermöglichen. In diesen MVZ müssen sämtliche mit dem Versorgungsbedarf der Dialysebehandlung zusammenhängenden medizinischen Leistungen erbracht werden dürfen. Der Gesetzestext bedarf einer entsprechenden Klarstellung, damit er sich mit der Gesetzesbegründung deckt.

Die hochqualitative Versorgung in medizinischen Versorgungszentren wird durch eine ausgeglichene Trägervielfalt sichergestellt. Die Sorge des Gesetzgebers vor den Investitionen privater Kapitalgeber ist aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar: Ein maßgebliches Ziel der vertragsärztlichen Versorgung besteht darin, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu gewährleisten (§ 72 Abs. 1 S. 2 SGB V). Zahlreiche gesetzliche Bestimmungen, Kollektivverträge sowie das die ärztliche Tätigkeit im MVZ steuernde Normenregime, denen medizinische Versorgungszentren unabhängig von ihrer Trägerstruktur unterworfen sind, konkretisieren dieses Ziel und regeln die Unabhängigkeit von medizinischen Entscheidungen.

Die ambulante und stationäre Versorgung in Deutschland ist auf Investitionsmittel angewiesen, um eine gute, zeit- und heimatnahe Versorgung der Patienten in allen

Regionen zu gewährleisten. Im stationären Sektor wird seit Jahren über die dringend notwendigen Investitionen in die Infrastruktur diskutiert, bei denen die dafür zuständigen Bundesländer kaum hinterherkommen. Der Gesetzentwurf will den Zufluss von notwendigem Investitionskapital in das deutsche Gesundheitssystem ohne Begründung erschweren. Es stellt sich die Frage, wie Versorgung im ländlichen Bereich zukünftig organisiert werden soll, wenn privatwirtschaftliche Partner, die bereit und in der Lage sind, die damit verbundenen Risiken zu tragen, davon ausgeschlossen werden. Bereits heute haben Investitionen aus dem privaten Umfeld weitreichende Verantwortung für die Patientenversorgung erfolgreich und zum Wohle der Bevölkerung übernommen.

### **Änderungsvorschlag**

Nach § 95 Absatz 1a, Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt, mit der Maßgabe, dass alle mit dem Versorgungsbedarf der Dialyseempfänger zusammenhängenden hausärztlichen und fachärztlichen Leistungen als fachbezogen anzusehen sind. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich.“

### III. MVZ

Art. 1 Nr. 55, § 103 SGB V (Neufassung)

#### **Neuregelung**

Die bisher bestehende generelle Möglichkeit zur Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle in einem MVZ soll auf ein sachgerechtes Maß beschränkt werden. Künftig soll der Zulassungsausschuss auch bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung prüfen, ob ein Bedarf für die Nachbesetzung besteht. Anders als bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes soll der Zulassungsausschuss aber nur über das „ob“ und nicht über das „wie“ der Nachbesetzung entscheiden. Das bedeutet, dass das MVZ ihre angestellten Ärztinnen und Ärzte weiterhin selbst auswählen kann.

#### **Bewertung**

Die Bedarfsprüfung durch den Zulassungsausschuss im Rahmen der Nachbesetzung einer Arztstelle gefährdet den Bestand von Medizinischen Versorgungszentren. Ein bedarfsnotwendiges MVZ muss dadurch jederzeit damit rechnen, dass es durch den Zulassungsausschuss als nicht mehr bedarfsgerecht qualifiziert wird, obwohl eine solche Bedarfsprüfung bereits mit der Zulassung des MVZ erfolgt ist. Zudem sind langwierige Prüfungen durch den Zulassungsausschuss zu befürchten. Eine Neubesetzung könnte erheblich verzögert, wenn nicht sogar verhindert werden.

Auch ist zu berücksichtigen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 Abs. 1b SGB V (Neufassung) selbst Einrichtungen betreiben können, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen. Somit würde ein Leistungserbringer über die Bedarfsnotwendigkeit eines anderen Leistungserbringers mitentscheiden. Dadurch ist zu befürchten, dass die Bedarfsprüfung im Rahmen der Nachbesetzung von Medizinischen Versorgungszentren interessengeleitet ist.

#### **Änderungsvorschlag**

Streichung der Bedarfsprüfung durch den Zulassungsausschuss bei der Nachbesetzung einer Angestellten Arztstelle in einem MVZ.

#### **IV. Elektronische AU-Bescheinigung**

Art. 2 Nr. 3, § 295 SGB V (Neufassung)

##### **Neuregelung**

Zum 1. Januar 2021 wird ein einheitliches und verbindliches elektronisches Verfahren zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Ärzte an die Krankenkassen eingeführt und damit die bisherigen, der Krankenkasse vorzulegenden, papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ersetzt. In diesem Zusammenhang wird gesetzlich klargestellt, dass die Pflicht zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkassen den Ärzten und Einrichtungen obliegt, die die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die nicht an die Telematikinfrastuktur angeschlossen sind, werden ausgenommen.

##### **Bewertung**

Bisher werden die 1.200 medizinischen Rehabilitationseinrichtungen nicht an der Telematikinfrastuktur beteiligt, obwohl sie Teil der Behandlungskette sind. Zukünftig wird es eine elektronische Patientenakte geben, die Rehabilitationseinrichtungen nicht lesen und befüllen können. Versicherte kommen vom Krankenhaus oder aus der ärztlichen Versorgung in die Rehabilitationseinrichtung. In der Rehabilitationseinrichtung müssen alle Daten außerhalb der Telematikinfrastuktur vorliegen und bearbeitet werden, auch ein Zugriff auf Notfalldaten ist nicht möglich. Nach dem Aufenthalt müssen die Daten vom niedergelassenen Arzt verarbeitet werden. Die Unterbrechung der Telematikinfrastuktur innerhalb der Behandlungskette führt zu einem erheblichen und unnötigen Mehraufwand. Daher ist es dringend erforderlich, dass medizinische Rehabilitationseinrichtungen in die Telematikinfrastuktur eingebunden werden und die Finanzierung sichergestellt wird.

##### **Änderungsvorschlag**

Aufnahme der medizinischen Rehabilitationseinrichtung in die §§ 291 SGB V ff.

## C. Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

### I. Weiterentwicklung Fixkostendegressionsabschlag

Änderung von § 4 Abs. 2a Nr. 1 Buchstabe a KHEntgG (Neufassung)

#### Finanzierungsproblem der neurologisch / neurochirurgischen Frührehabilitation

Seit Jahren weisen die Deutsche Gesellschaft für Neurologie DGNR, der Bundesverband NeuroRehabilitation BNR und der BDPK auf die bestehende Problematik des Fixkostendegressionsabschlags bei der neurologischen Frührehabilitation hin. Es geht um die Behandlung von schwerstbetroffenen Patienten in speziellen Einrichtungen und begrenzten Behandlungskapazitäten. Das Behandlungsangebot wurde in den letzten Jahren permanent ausgebaut. Epidemiologisch ist mit einer weiteren Zunahme von Schlaganfällen und neurodegenerativen Erkrankungen zu rechnen. Dies liegt an der demographischen Entwicklung, die Baby-Boomer kommen in das gefährdete Alter.

Die Ausnahmeregelungen vom FDA sind sehr begrenzt und müssen für Schlaganfälle und neurodegenerative Erkrankungen erweitert werden. Derzeit kommen bei den beschriebenen Patienten folgende unterschiedliche und unsystematische Fixkostendegressionsabschläge (FDA) zum Tragen:

Polytraumatisierte Patienten	Kein FDA	§ 4 (2b) Satz 3 Nr. 1a KHEntgG
Schlaganfall oder Schwerstschädelhirnverletzung  mit Frührehabilitation mit einer <b><u>Verweildauer unter 14 Tage</u></b>	<u>Halber</u> FDA	§ 4 (2b) Satz 3 Nr. 2 i.V.m. § 9 (1) Nr. 6 KHEntgG
Schlaganfall oder Schwerstschädelhirnverletzung mit Frührehabilitation  <b><u>mit einer Verweildauer von 14 bis 28 Tage</u></b> <b><u>B42B</u></b>	<u>Voller</u> FDA	§ 4 (2b) Satz 1 KHEntgG
Schlaganfall oder Schwerstschädelhirnverletzung mit Frührehabilitation  <b><u>mit einer Verweildauer über 28 Tage B43Z</u></b>	<u>Kein</u> FDA	krankenhausindividuelles Entgelt

Maßgeblich für die Eingruppierung in die einzelne Gruppe ist die Verweildauer. In den Einrichtungen der neurologisch / neurochirurgischen Frührehabilitation herrscht in der Regel Vollaustattung. Wenn es zu Verschiebungen innerhalb der AEB kommt, d.h. weniger Fälle in der Erlössumme E3.3 und dafür mehr Fälle im Erlösbudget E1, entsteht derzeit systembedingt ein voller Fixkostendegressionsabschlag. Dies ist unsinnig, da die Fachabteilung als Ganzes zu 100 % ausgelastet war, d.h. Erlössumme / Erlösbudget (E1 / E 3.3 Belegung) sind kommunizierende Röhren. Laut BT Drucksache 18/5372 S. 49 sollen durch den FDA betriebswirtschaftliche Kostenvorteile, die durch zusätzliche Leistungen entstehen, bei den Krankenhäusern abgeschöpft werden. Unterm Strich (E1 und E3) erzielt das Krankenhaus keine zusätzlichen Leistungen, es kommt zu Verschiebungen zwischen den Erlöstöpfen, die zu Gunsten der Sozialleistungsträger dem Krankenhaus Geld entziehen!

Dieses Problem kann durch die komplette Herausnahme vom Fixkostendegressionsabschlag analog der Polytraumata in § 4 Abs. 2b KHEntgG behoben werden.

### **FDA und Krankenhausplanung**

Dringend notwendig ist zusätzlich die Wiederaufnahme des alten Ausnahmetatbestands vom FDA bei krankenhauserischen Entscheidungen.

Beim früheren Mehrleistungsabschlag wurden zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen, um die Umsetzung der Krankenhausplanung in den Krankenhäusern gewährleisten zu können.

Auch der FDA sieht eine Ausnahme vor, wenn für zusätzlich bewilligte Versorgungsaufträge noch keine Abrechnungsmöglichkeit bestand (§ 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1c KHEntgG)

Diese Formulierung lässt große Interpretationsspielräume zu, die dazu führen, dass weite Teile der von der jeweiligen Landesregierung beschlossenen Maßnahmen der Krankenhausplanung nicht mehr umsetzbar sind, weil sie nach Auffassung der Krankenkassen dem vollen FDA unterfallen.

Auch ein Schreiben des BMG vom 07.11.2016, das klarstellt, dass eine Leistungsanpassung dann unter den Ausnahmetatbestand der Befreiung fällt, wenn sie von der Krankenhausplanungsbehörde ausdrücklich gebilligt worden ist, wird von Kostenträgern nicht akzeptiert, weil es kein Rechtsmittel ist.



## **FDA und Leistungsverlagerung durch Krankenhausschließungen, Abschluss von Qualitätsverträgen und Kündigung von IV-Verträgen, krankenhaushausindividuelle Entgelte**

Nach § 4 Abs. 2b Satz 4 KHEntgG ist vorgesehen, dass Mehrleistungen eines Krankenhauses, die durch Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, dem hälftigen Abschlag unterliegen. Diese Leistungen sollten vollständig vom Fixkostendegressionsabschlag befreit werden. Ein hälftiger Abschlag wirkt den Zielen Leistungskonzentration, Spezialisierung und Qualitätswettbewerb entgegen.

Mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSg) hat der Gesetzgeber den Fokus auf die Qualität der Krankenhausversorgung weiter gestärkt. Unter anderem wurde die Möglichkeit geschaffen, durch einzelvertragliche Regelungen die Versorgungsqualität für ausgewählte Leistungen oder Leistungsbereiche mit Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen abzuschließen. Folgerichtig wäre nun, die Krankentuäger zu unterstützen, die sich im besonderen Maße für die Etablierung von Qualitätssicherungsinstrumenten im Krankenhaus einsetzen. Um eine möglichst hohe Evidenz der Qualitätsverträge nach der Erprobungsphase zu generieren, sind die Leistungen aus Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V als Ausnahmetatbestand im Gesetzestext aufzunehmen.

Auch Leistungen, die bislang durch krankenhaushausindividuelle Entgelte vergütet wurden und durch Aufnahme in den Fallpauschalenkatalog in das Erlösbudget übergehen, sind keine zusätzlichen Leistungen und sollten vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen werden. Bei Verschiebungen innerhalb der AEB, d. h. weniger Fälle in der Erlössumme E3.3 und dafür mehr Fälle im Erlösbudget E1, entsteht derzeit systembedingt ein voller Fixkostendegressionsabschlag. Dies ist unsinnig, da die Leistung der Fachabteilung unverändert ist, d. h. Erlössumme/Erlösbudget (E1/E3.3 Belegung) sind an dieser Stelle kommunizierende Röhren. Laut BT Drucksache 18/5372 S. 49 sollen durch den FDA betriebswirtschaftliche Kostenvorteile, die durch zusätzliche Leistungen entstehen, bei den Krankenhäusern abgeschöpft werden. Unterm Strich (E1 und E3) erzielt das Krankenhaus keine zusätzlichen Leistungen, es kommt zu Verschiebungen zwischen den Erlöstöpfen, die zu Gunsten der Sozialleistungsträger dem Krankenhaus Geld entziehen!

## Bewertung

Die neurologisch / neurochirurgischen Frührehabilitation sollte gesetzlich vom FDA ausgenommen werden.

Bei krankenhauserplanerischen Entscheidungen sollte die Formulierung des alten Ausnahmetatbestands vom Mehrleistungsabschlag genutzt werden.

Leistungsverlagerungen durch Krankenhausschließungen, Abschluss von Qualitätsverträgen und Kündigung von IV-Verträgen, krankenhauserindividuelle Entgelte sollten vom FDA ausgenommen werden.

## Änderungsvorschlag

### Änderung von § 4 Abs. 2a Satz 3 KHEntgG (Neufassung)

1. Der für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag (FDA) gilt nicht bei
  - a) Transplantationen, Polytraumata, schwer brandverletzten Patienten, **Leistungen der neurologischen Frührehabilitation mit und ohne Beatmung** und der Versorgung von Frühgeborenen.
  - b) Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln
  - c) ~~zusätzlich bewilligte Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand.~~ für Leistungen, die erbracht werden
    1. aufgrund zusätzlicher Kapazitäten der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogrammes des Landes,
    2. durch eine gewollte Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern, die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führen,
    3. durch den Abschluss von Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V,
    4. als Folge von Maßnahmen des Krankenhausstrukturfonds nach § 12 KHG,
    5. die bislang im Rahmen eines Vertrages der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V erbracht wurden und nun wegen Kündigung dieses Vertrages wieder als Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V erbracht werden.
  - d) Leistungen von nach § 2 Absatz 2 Satz 4 krankenhauserplanerisch ausgewiesenen Zentren sowie
  - e) Leistungen, deren Bewertung nach § 9 Absatz 1c abgesenkt oder abgestuft wurde
  - f) **der Überführung krankenhauserindividueller Entgelte nach § 6 Abs. 3 in das Erlösbudget nach § 4 Abs. 1 durch die Aufnahme in den Fallpauschalen-Katalog.**
  - g) für Leistungen, die in dem Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 aufgeführt sind.
- ~~2. hälftig für Leistungen, die in dem Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen nach § 9 Abs. 1 Nummer 6 aufgeführt sind.~~

## II. Arztsitzübernahme durch eine Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum

### **Sachstand**

Gerade im ländlichen Bereich ist es für ältere Fachärzte schwer, geeignete Nachfolger zu finden. Dadurch, dass MVZ ältere Vertragsarztsitze aufkaufen, kann die fachärztliche Versorgung sichergestellt werden. § 103 Abs. 4a Satz 1 SGB V legt fest, dass ein Vertragsarzt auf seine Zulassung verzichten kann, um in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig zu werden, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

Das BSG legte fest (B 6 KA 21/15 R), dass hiervon auszugehen ist, wenn der ursprünglich zugelassene Arzt die Absicht hat, zumindest drei Jahre im Angestelltenverhältnis im MVZ tätig zu werden. Laut dem Urteil des BSG geht es zu Lasten des an der Nachbesetzung der Arztstelle interessierten MVZ, wenn sich die Absicht des ursprünglich zugelassenen Arztes, tatsächlich zumindest drei Jahre im MVZ tätig zu werden, nicht mehr realisieren lässt und Umstände, die eine Änderung der ursprünglich bestehenden Absichten nachvollziehbar erscheinen lassen, nicht festzustellen sind.

### **Bewertung**

Das Urteil führt zu Rechtsunsicherheiten, wenn der angestellte Arzt vor Ablauf von drei Jahren aus dem Angestelltenverhältnis ausscheidet, etwa um vorzeitig in den Ruhezustand zu gehen. Bei der Absicht, drei Jahre tätig zu werden, handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, dessen nachträglicher Nachweis kaum möglich ist. Um Rechtssicherheit zu schaffen und Planbarkeit zu ermöglichen, sollte eine gesetzliche Klarstellung erfolgen, dass eine Prüfung, ob der Verzicht der Zulassung Gründen der vertragsärztlichen Versorgung entgegensteht, ausschließlich zum Zeitpunkt der Arztsitzübernahme zu erfolgen hat.

### **Änderungsvorschlag**

Klarstellung in § 103 SGB V, dass die Prüfung, ob die Arztsitzübernahme Gründen der vertragsärztlichen Versorgung entgegensteht, ausschließlich zum Zeitpunkt der Arztsitzübernahme zu erfolgen hat.