

öffentliche Sitzung

V 030/2023

Vorlage

an den Rat der Stadt Helmstedt über den
Verwaltungsausschuss der Stadt Helmstedt über den
Ausschuss für Wirtschaft, Tourismus und Kultur

Medizinische Daseinsvorsorge in Helmstedt

Die Stadt Helmstedt hat mit der Beauftragung und Mitentwicklung eines Konzeptes zur „Verbesserung der Medizinischen Daseinsvorsorge in Helmstedt“ ein Basispapier erschaffen, das den IST-Stand der medizinischen Versorgung der Stadt und im Umland aufzeigt. Ein Abschlussgespräch mit den an der Konzepterstellung beteiligten Mitarbeitenden brachte erste Handlungsempfehlungen mit sich.

Weitere Erkenntnisse, die nicht über die Analysearbeit des Konzeptes abgedeckt werden konnten, wurden und werden über direkte Gespräche mit den entsprechenden Akteuren in Erfahrung gebracht.

Über die Stadtverwaltung wurde ein Gesprächsabend mit dem Landkreis Helmstedt, den hiesigen Medizinerinnen und Medizinern sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen organisiert, der den Rahmen bot, das vorliegende Konzept vorzustellen und in den Erfahrungsaustausch zu treten.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Medizinische Daseinsvorsorge von einer Vielzahl von Faktoren abhängig ist. Einige davon sind durch uns nicht zu beeinflussen andere können mit einem Engagement über das übliche Maß der Zuständigkeit einer Kommune hinaus, durch eine bedarfsgerechte und strategisch sinnvolle Projektentwicklung zur Umsetzung geführt werden.

Diese Art von Projektentwicklung verlangt einen entsprechenden zeitlichen Vorlauf für die Eruiierung unserer Möglichkeiten. Folgende erste beispielhafte Ideen, die im Laufe der Projekte erweiterbar sind, bedürfen einer Überprüfung im Sinne einer Machbarkeit:

- **Aufbau** eines Mediziner/Innen-Netzwerkes (erste Gespräche wurden geführt)
- **Stadtentwicklung** und Entwicklung von Einzelmaßnahmen zur Erreichung der „Work-Life-Balance“ nach Möglichkeit für alle Berufsgruppen (z.B. Kinderbetreuungsgarantie durch Mitfinanzierung aller dazugehörigen Aufwendungen der Verwaltung durch Verkauf von Kontingenten an interessierte Arbeitgeber)
- **Verortung** der Ausbildung von medizinischen Berufen/Nebenberufen

- **Überprüfung** der ersten Überlegungen zur
 - Zweckmäßigkeit einer Immobilie zur Bündelung von Gesundheit und Soziales
 - Eruiierung des Bedarfes innerhalb der Ärzteschaft,
 - Fragestellungen zur Abwägung der Betreiber- und/oder Trägerform eines Ärztehauses (Gesundheitszentrums) unter Beteiligung der Stadt (inhaltl. Ausführungen siehe **Anlage 1**)
 - Können Bestandsimmobilien genutzt werden?
 - und weiteres...

Vor allem die Baumaßnahme erfordert innerhalb der Projektentwicklungsphase einen Sicherungsbedarf des Grundstückes in der Henkestraße. Das Areal der ehem. Feuerwehr und angrenzend befindet sich im Eigentum des Landkreises Helmstedt sowie zu Teilen im Eigentum der Stadt Helmstedt. Daher unterbreitet die Stadtverwaltung folgenden

Beschlussvorschlag:

Die Verwaltung wird beauftragt, die inhaltliche Ausarbeitung in diesem Sinne voranzutreiben und umzusetzen.

Die Verwaltung wird beauftragt d.i. R. stehende Fläche (**siehe Anlage 2**) in diesem Sinne im Rahmen des laufenden B-Plan-Verfahrens mit Nummer 335 für diesen Zweck zu sichern.

Gez. Wittich Schobert

(Wittich Schobert)

Anlage
Lageplan

Medizinische Daseinsvorsorge in Helmstedt – Erste Übersicht über die möglichen Betreiber- und Trägerformen eines Gesundheitszentrums/Ärztehauses

Gesundheitszentren bzw. Ärztehäuser sind bauliche Lösungen für die Unterbringung von Praxen und anderen Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen im weitesten Sinne. Sie grenzen sich ab von den Kliniken und Krankenhäusern, für deren Errichtung und Betrieb zahlreiche (auch baurechtliche) Sondervorschriften gelten.

Eine Definition des Begriffs „Ärztehaus/Gesundheitszentrum“ gibt es bisher nicht. Weder die Größe noch der Besatz eines solchen Hauses ist gesetzlich fixiert und damit eingrenzbare. Der Begriff kann also für eine Kleinsteinheit (z.B. Apotheke und nur eine Praxis), wie auch für eine komplexe Immobilie mit sehr vielen unterschiedlichen Anbietern verwendet werden.

Definiert sind hingegen einige Organisationsformen, wie etwa die Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), die Organisationgemeinschaft (früher Praxismgemeinschaft) oder das Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ). Im Prinzip können alle diese – und andere – organisatorischen Formen in einem Gesundheitszentrum/Ärztehaus untergebracht sein.

Grundsätzlich erfolgt die Konzeption eines Gesundheitszentrums/Ärztehauses in einer der folgenden Formen:

1. nach dem „stand-alone-Konzept“ mit autarken Einzelpraxen, BAG und anderen medizinischen und ggf. nichtmedizinischen Dienstleistern (z. B. Apotheken, Sanitätshäuser, Optiker, Fitness-Center, Bistros, Cafés),
2. nach dem Campus-Konzept, technisch und administrativ mit einem(r) Krankenhaus/ Reha-Einrichtung verbunden,
3. nach Gesellschafter-Konzept als MVZ, definitionsgemäß eine ärztlich geleitete Einrichtung, in denen sich mindestens zwei Ärzte - die in das Arztregister eingetragen sind - als Angestellte oder Vertragsärzte betätigen,
4. nach Kombinations-Konzept als RVZ, welches sich nach mehreren Modellprojekten aus einem kommunalen (hausärztlichen) MVZ und weiteren Angeboten der Daseinsvorsorge wie zum Beispiel Tagespflege, Apotheken, Ergo-/Physiotherapie, Hebammendienste usw. zusammensetzt.

Für die Errichtung einer Immobilie an vorgesehener Stelle kommen die erste sowie die dritte und vierte Variante in Betracht. Es gelten dabei verschiedene Rahmenbedingungen, insbesondere auf rechtlicher Ebene, die eine direkte Beteiligung von Kommunen nur teilweise zulassen.

Das „stand-alone-Konzept“

Nach dem ersten, hier als stand-alone“ bezeichneten Konzeptes können sich sowohl autarke Einzelpraxen, Organisationsgemeinschaften sowie auch Berufsausübungsgemeinschaften oder nichtkommunale MVZ in der Immobilie niederlassen. Die Räumlichkeiten werden dabei an die jeweiligen eigenständigen Praxen vermietet. Die Kommune kann sich dabei durch den Bau einer entsprechenden Immobilie und Vermietung der Räumlichkeiten, oder durch den Verkauf eines Grundstückes an einen geeigneten Investor beteiligen. Die reine Veräußerung des Grundstücks unterfällt dabei nicht den vergaberechtlichen Vorschriften. Etwas Anderes gilt, wenn mit der Grundstücksveräußerung eine Bauleistung verbunden ist, die der Kommune gemäß § 103 Abs. 2 S. 2 GWB und der Rechtsprechung des EuGH

1. unmittelbar wirtschaftlich zugutekommt und
2. die Bauleistung gemäß den vom öffentlichen Auftraggeber genannten Erfordernissen erbracht wird und die Kommune einen entscheidenden Einfluss auf Art und Planung der Bauleistung hat und
3. der Investor eine vertraglich vereinbarte und von der Kommune einklagbaren Bauverpflichtung übernimmt.

Von einem unmittelbaren wirtschaftlichen Interesse eines öffentlichen Auftraggebers an einer Bauleistung ist nach der Grundsatzentscheidung des EuGH (Urt. v. 25.3.2010 C-451/08) dann auszugehen, wenn der öffentliche Auftraggeber Eigentümer der Bauleistung oder des Bauwerks wird oder aufgrund eines sonstigen Rechtstitels über das Gebäude verfügen kann.

Ein wirtschaftliches Interesse kann auch in wirtschaftlichen Vorteilen, die der Auftraggeber aus der Nutzung des Bauwerks ziehen kann (z. B. durch zweckgebundene Anmietung des Gebäudes), in einer finanziellen Beteiligung an der Erstellung des Bauwerks oder in der Übernahme von Risiken für den Fall des wirtschaftlichen Fehlschlags liegen.

Liegen die Voraussetzungen kumulativ vor, so ist ein Vergabeverfahren durchzuführen.

Die Vereinbarung eines Rückkaufs- oder Widerrufsrechts für den Fall, dass das Grundstück nicht oder nicht wie beabsichtigt bebaut wird, stellt noch keine Bauverpflichtung im Sinne der Ziff. 2 dar. Sofern die Kommune außerdem nur im Rahmen ihrer bauordnungsrechtlichen Regelungszuständigkeit handelt, ist diese Grenze zur Anwendung des Vergaberechts ebenfalls nicht überschritten.

Entsprechend ist es möglich, die kommunalen Ziele vertraglich so zu verankern, dass das Vergaberecht nicht automatisch Anwendung findet.

Weiterhin besteht die Möglichkeit für Kommunen, die Trägerschaft einer solchen Einrichtung zu übernehmen. Dies ist aber nur unter den Bedingungen des § 105 Abs. 5 SGB V möglich. Dafür bedarf es eines begründeten Ausnahmefalles i. S. d. § 105 Abs. 5 SGB V. Dieser ist insbesondere dann gegeben, wenn bei drohender oder bestehender Unterversorgung die Versorgung nicht auf andere Weise, insbesondere durch andere Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung sichergestellt werden kann. Ein bestehender Versorgungsbedarf allein ist nicht ausreichend. Eine Ermächtigung nach Abs. 5 kommt somit nur ultima ratio in Betracht und setzt daher nach Abs. 5 S. 1 auch die Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung voraus. Im Vergleich zum MVZ gibt es dabei im Wesentlichen weder praktische noch rechtliche Unterschiede.

Darüber hinaus können die nichtkommunalen Gemeinschaften bzw. Gesellschaften, ihre administrativen und kaufmännischen Leistungen vertraglich grundsätzlich auf Dritte übertragen, z.B. auf eine (Bürger-)Beteiligungsgenossenschaften. An diesen können sich Kommunen ebenfalls beteiligen. Dies wurde in mehreren Pilotprojekten in Baden-Württemberg umgesetzt. Dort stellt die jeweilige (Bürger-)Beteiligungs-eG einen kaufmännischen Geschäftsführer sowie weiteres Personal zur Bewältigung der bürokratischen Aufgaben an. Ärztliches Personal wird durch die Beteiligungs-eG nicht beschäftigt. Zudem wird die Sicherstellung der Infrastruktur, das heißt, diverse Dienstleistungen sowie Bau und Vermietung eines Ärztehauses und ähnliche Aspekte durch die Genossenschaft geleistet. Hier besteht die Möglichkeit für Bürger und Kommunen, sich aktiv einzubringen. Daneben leisten die nichtkommunalen Medizinischen Versorgungszentren, optional unter vertraglicher Einbindung der Beteiligungs-eG, die eigentliche medizinische Versorgung vor Ort. Die angestellten praktizierenden Ärzte können Mitglied der MVZ eG sein, sofern sie gründungsberechtigt gemäß § 95 Abs. 1a SGB V sind.

Das Medizinische Versorgungszentrum

Im Gegensatz zu den klassischen Betreiberformen (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft), bei denen die Praxisinhaber die ärztliche Tätigkeit in der Regel persönlich ausüben haben, zeichnen sich MVZ insbesondere durch eine organisatorische Trennung der Trägerschaft von der ärztlichen Behandlungstätigkeit aus.

Das MVZ ist keine eigenständige Rechtsform, vielmehr handelt es sich um eine besondere Form des vertragsärztlichen Leistungserbringungsrechts. § 95 Abs. 1a SGB V gibt die für die Gründung eines MVZ zulässigen Rechtsformen vor. Danach ist die Gründung und Trägerschaft nur in Form der Personengesellschaft (u. a. GbR, Partnerschaftsgesellschaft), der eingetragenen Genossenschaft (e. G.), der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform (Anstalt/Körperschaft des öffentlichen Rechts) möglich.

Die Leitung eines MVZ muss gemäß § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V zudem in der Hand eines Arztes oder einer Ärztin liegen. Damit sind nicht die rechtlichen Leitungsbefugnisse gemeint, sondern die ärztlichen Entscheidungsbefugnisse. Dadurch soll die Möglichkeit einer Einflussnahme in ärztliche Entscheidungen und medizinischen Fragen durch Nicht-Ärzte ausgeschlossen werden. Der ärztliche Leiter muss nach § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V zudem selbst im MVZ tätig sein, um die tatsächlichen Einwirkungsmöglichkeiten auf die Betriebsabläufe in einem MVZ zu gewährleisten. Die Leitung kann auch auf mehrere Ärzte (unterschiedlicher Fachrichtung) aufgeteilt werden. Entscheidend ist, dass eine ärztliche Gesamtverantwortung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung besteht, insbesondere hinsichtlich der Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten. Die kaufmännische Leitung und die Geschäftsführung kann daneben auch von Nichtärzten übernommen werden.

Gesellschafter einer MVZ-Trägersgesellschaft können nach § 95 Abs. 1a SGB V (seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zum 01.01.2012) nur noch zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V, nichtärztliche Dialyseeinrichtungen nach § 126 Abs. 3 SGB V, anerkannten Praxisnetze nach § 87b Absatz 2 Satz 3, gemeinnützigen Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, und Kommunen sein. Alt-MVZs genießen darüber hinaus Bestandsschutz.

Der Gründerkreis für MVZ ist abschließend. Entsprechend können sich private Finanzinvestoren praktisch nur über zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V, an dem sie die Geschäftsanteile halten, an einem MVZ beteiligen. Ohne das Vorliegen dieser Geschäftsanteile, ist eine Beteiligung privater Investoren ausgeschlossen.

Kommunen müssen sich als Gründer und Träger eines MVZ sowohl nach den sozialrechtlichen, wie auch nach kommunalrechtlichen Vorschriften richten. Mögliche Träger- und Betreiberformen für die Kommunen sind hier der Eigen- bzw. Regiebetrieb, die Anstalt des öffentlichen Rechts, die GmbH oder die Genossenschaft. Für diese ergeben sich jeweils unterschiedliche Möglichkeiten:

- **Eigenbetrieb:** Ein solcher wird durch den Erlass einer Betriebssatzung im Wege eines Ratsbeschlusses errichtet. Die näheren Angelegenheiten werden sodann in dieser Betriebssatzung geregelt. Insoweit ergeben sich – auch mit Blick auf den Rückgriff auf bisherige Mustersatzungen – keinerlei Besonderheiten im Vergleich zur sonstigen Errichtung eines Eigenbetriebs. Der Rat bestellt sodann für den Eigenbetrieb eine Werkleitung und einen Werksausschuss. Die Werkleitung ist dafür zuständig, die laufenden Geschäfte in Unabhängigkeit von der Kommune zu führen, während der Werksausschuss als beschließender Ausschuss über die übrigen Angelegenheiten des Betriebs beschließt. Im Einzelnen sind die Vorschriften der Niedersächsischen Eigenbetriebsverordnung (EigBetrVO) maßgeblich. In der Form des klassischen kommunalen Eigenbetriebs als ein Unternehmen der öffentlichen Daseinsvorsorge wäre das MVZ i. S. d. § 136 Abs. 2 Nr. 1 NKomVG rechtlich unselbstständig. Dementsprechend wäre die gleichrangige Beteiligung oder eine Übertragung der Einrichtung auf private Leistungserbringer nicht möglich. Die Integration von Ärztinnen und Ärzten in eine solche Trägerform ist demnach ausgeschlossen. Daraus folgt zudem die haftungsrechtliche Konsequenz, dass die Kommune als Trägerin des Eigenbetriebs unmittelbar für dessen Handeln und die aufgelaufenen Verbindlichkeiten haftet. Zwar sind nicht vorsätzlich verursachte Regresse versicherbar und ein gutes Abrechnungscontrolling lässt das Risiko beherrschbar erscheinen – es bleibt aber doch eine Unkalkulierbarkeit bestehen. Zugleich erhält die Kommune allerdings stärkere Kontroll- und Steuerungsmöglichkeiten und kann für den Eigenbetrieb auch unmittelbar Kredite aufnehmen.
- **Anstalt des öffentlichen Rechts:** Die Rechtsformen der Anstalt des öffentlichen Rechts bündelt sachliche Mittel (z.B. öffentliches Grundstück & Gebäude, Einrichtung und Fahrzeuge) und Personal in einer von den Kommunen getrennten, rechtlich selbständigen Organisationseinheit. Anstalten des öffentlichen Rechts können somit vollrechtsfähig, teilrechtsfähig oder nicht-rechtsfähig gestaltet sein. Im Gegensatz zum Eigenbetrieb haftet die Kommune gemäß § 144 Abs. 2 S. 2 NKomVG nicht für die Verbindlichkeiten der Anstalt des öffentlichen Rechts, mit Ausnahme der Ansprüche der Arbeitnehmer im Falle der Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung der Anstalt gemäß § 12 Nr. 2 der Insolvenzordnung (InsO). Eventuellen Regressfälle sind daher von der Anstalt allein zu tragen. Weiterhin bietet die öffentliche Anstalt die Vorteile einer größeren Selbständigkeit und einer mit privaten Unternehmen vergleichbaren erhöhten Flexibilität in Bezug vor allem auf das Wirtschafts-, Dienst- und Arbeitsrecht, kombiniert mit den Vorteilen der öffentlich-rechtlichen Organisationsform, namentlich der stärkeren

kommunalen Kontroll- und Steuerungsfähigkeit. Jedoch ist auch hier die gleichrangige Beteiligung privater Leistungserbringer nicht möglich. Da die öffentliche Anstalt als eigene Rechtspersönlichkeit zu qualifizieren ist, besteht jedoch die Möglichkeit, die Einrichtung später in eine GmbH umzuwandeln, die dann so beispielsweise in die Hände von Ärztinnen und Ärzten übergehen kann. Beispiele für MVZ unter Trägerschaft einer AöR gibt es in Katzenelnbogen (Rheinland-Pfalz), in Schwarzenborn (Hessen) und in Werlte (Niedersachsen).

- **GmbH:** Eine weitere Rechtsform für ein MVZ ist die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH). Hier können verschiedene Akteure gemeinsam und zu gleichen oder unterschiedlichen Anteilen agieren. Entsprechend können Ärzte und Ärztinnen und/oder andere zugelassene Gesellschafter i. S. d. § 95 Abs. 1a SGB V neben der Kommune eingebunden werden. Die Zulassung verlangt dabei von allen Gesellschaftern u.a. eine unbegrenzte selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen. Dagegen fordert das Kommunalrecht in § 137 Abs. 1 Nr. 2 NKomVG eine Haftungsbeschränkung – Sozial- und Kommunalrecht kommen hier also nicht zusammen. § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V erlaubt aber darüber hinaus auch Sicherheiten im Sinne des § 232 BGB, zum Beispiel über die Bestellung von Hypotheken oder hypothekengesicherten Forderungen bzw. Bankbürgschaften, zu stellen. Die Höhe der Sicherheiten ist mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Kassen auszuhandeln. So benennt eine KV-Regionaldirektion in Bayern den fünffachen Umsatz eines hausärztlichen MVZ als abzugebende Bankbürgschaft. In einem aktuellen Fall in Niedersachsen wird von zwei Jahresumsätzen pro Arztsitz gesprochen. Mit Eintritt eines neuen Arztes in das MVZ muss mit einer Erhöhung der Sicherheiten gerechnet werden. Die Sicherheit erfasst dabei lediglich Honorarfragen, z.B. falsche oder nicht plausible Abrechnungen, Verordnungsfehlerverhalten (unwirtschaftliche Verordnungen, Überschreitungen in der Durchschnittswertprüfung etc.) gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung und den Kassen. In allen übrigen Angelegenheiten ist die Haftung auf das Gesellschaftsvermögen beschränkt. Beispiele für ein kommunales MVZ, das als allgemeine GmbH betrieben wird, sind bislang nicht bekannt, jedoch bestehen weiterhin Verhandlungen zwischen Kommunen, Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen.

Weiterhin ist für Kommunen auch die Variante der gemeinnützigen GmbH (gGmbH) denkbar. Diese hat gegenüber der GmbH steuerliche Vorteile, insbesondere die Befreiung von Körperschaftsteuer und Gewerbesteuer. Die Gewinne muss die gGmbH jedoch für den gemeinnützigen Zweck verwenden. Eine Ausschüttung an die Gesellschafter ist grundsätzlich nicht zulässig. Neben den Anforderungen des Gemeinnützigkeitsrechts (§§ 52 ff. AO) gelten für die gGmbH dieselben Voraussetzungen, wie für die allgemeine GmbH. Beispiele für kommunales MVZ in Form der gGmbH sind das MVZ Gesundheitszentrum Baruth/Mark (Brandenburg) und das Ärztehaus Büsum (Schleswig-Holstein).

- **Eingetragene Genossenschaft:** Eine weitere Möglichkeit ist die Genossenschaft. Während bei der GmbH das Stimmrecht nach dem Kapitaleinsatz ausgerichtet wird, gewährt das Genossenschaftsgesetz jedem Mitglied, unabhängig von der Kapitalbeteiligung, grundsätzlich eine Stimme. Weiterhin ist die Haftung gänzlich auf das Vermögen der Genossenschaft begrenzt. Eine Sicherheitsleistung i. S. d. § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V ist nicht beizubringen. Eine Hürde könnte sich jedoch daraus ergeben, dass

eine Genossenschaft mindestens drei Gründer mit den vorausgesetzten Gründereigenschaften benötigt – beispielsweise eine Kommune und zwei Ärzte. Die Genossenschaft kann im späteren Verlauf auch in eine GmbH umgewandelt werden, wobei zum MVZ gehörende Genehmigungen erhalten bleiben sollten. Die Einrichtung kann demnach später ohne das Risiko eines Verlusts von Zulassungen auf einen Einzelarzt übertragen werden. Beispiel für eine Genossenschaft mit kommunaler Beteiligung ist die MEDNOS e.G. aus dem Schwarzwald, die sowohl Hausarztpraxen unterstützt als auch MVZ betreibt.

Für die Zulassung eines MVZ sind mindestens zwei Vertragsärzte, mit insgesamt mindestens einem vollen Versorgungsauftrag notwendig. Der Zulassungsantrag für das MVZ ist beim zuständigen Zulassungsausschuss zu stellen, der nach § 96 Abs. 2 S. 1 SGB V aus Vertretern der Ärzte und Krankenkassen in gleicher Zahl besteht. Zulassungsausschüsse werden nach § 96 Abs. 1 SGB V für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung bzw. für Teile dieses Bezirks gebildet.

Der zuständige Zulassungsausschuss muss zudem nach § 95 Abs. 2 S. 7 SGB V die Anstellung eines Arztes in einem nach § 95 Abs. 2 S. 5 SGB V zugelassenen MVZ genehmigen; er hat die Anstellung nach § 95 Abs. 2 S. 7 i. V. m. Abs. 9b SGB V auf Antrag des anstellenden MVZ in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht.

Für kommunale MVZ gelten darüber hinaus auch in der Betriebsphase einige Besonderheiten, die abschließend zu skizzieren sind.

Gemäß § 75 Abs. 1 S. 1 Hs. 1 SGB V obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen der sog. Sicherstellungsauftrag gegenüber den Krankenkassen; dieser bezieht sich auf die haus- und fachärztliche Versorgung i. S. v. § 73 Abs. 2 SGB V und umfasst nach § 75 Abs. 1b SGB V auch den Notdienst. Notwendige Grundlage dieses Sicherstellungsauftrages ist die Zwangsmitgliedschaft aller zugelassenen Vertragsärzte und Medizinischen Versorgungszentren in den Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 95 Abs. 3 S. 1 und 2 SGB V).

Der Sicherstellungsauftrag wird ergänzt durch den Gewährleistungsauftrag nach § 75 Abs. 1 S. 1 Hs. 2 SGB V: Danach haben die Kassenärztlichen Vereinigungen auch die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Insoweit können sie also umfassend prüfen, ob das MVZ in Übereinstimmung mit den geltenden gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben betrieben wird und können Sanktionen bis zum vorübergehenden Ruhen der Zulassung aussprechen. Entsprechende Befugnisse haben dementsprechend auch der Zulassungsausschuss (§ 96 SGB V) und der Berufungsausschuss (§ 97 SGB V). Dies gilt uneingeschränkt für alle in § 95 Abs. 1 und 1a SGB V genannten vertragsärztlichen Leistungserbringer und damit auch für von Kommunen getragene MVZ.

Das kommunale MVZ ist Leistungserbringer i. S. v. § 95 Abs. 1 SGB V und rechnet daher die erbrachten Leistungen selbst mit den zuständigen Kostenträgern ab; eine eigenständige Abrechnungsbefugnis der Ärzte – seien sie selbst Vertragsärzte oder angestellte Ärzte – besteht daneben nicht, weil die Abrechnungsbefugnis unmittelbar aus der Zulassung folgt (§ 95 Abs. 3 S. 2 SGB V).

Bei Beschaffungen durch das MVZ ist das Vergaberecht maßgebend. Das gilt unabhängig von der Entscheidung über die Organisation des MVZ.

Laut Niedersächsischem Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten sowie Regionale Entwicklung, ist zudem eine Förderrichtlinie in Planung, mit der weitere Maßnahmen wie z. B. eine Projektkoordinierung oder die Ausstattung kommunaler MVZ gefördert werden können.

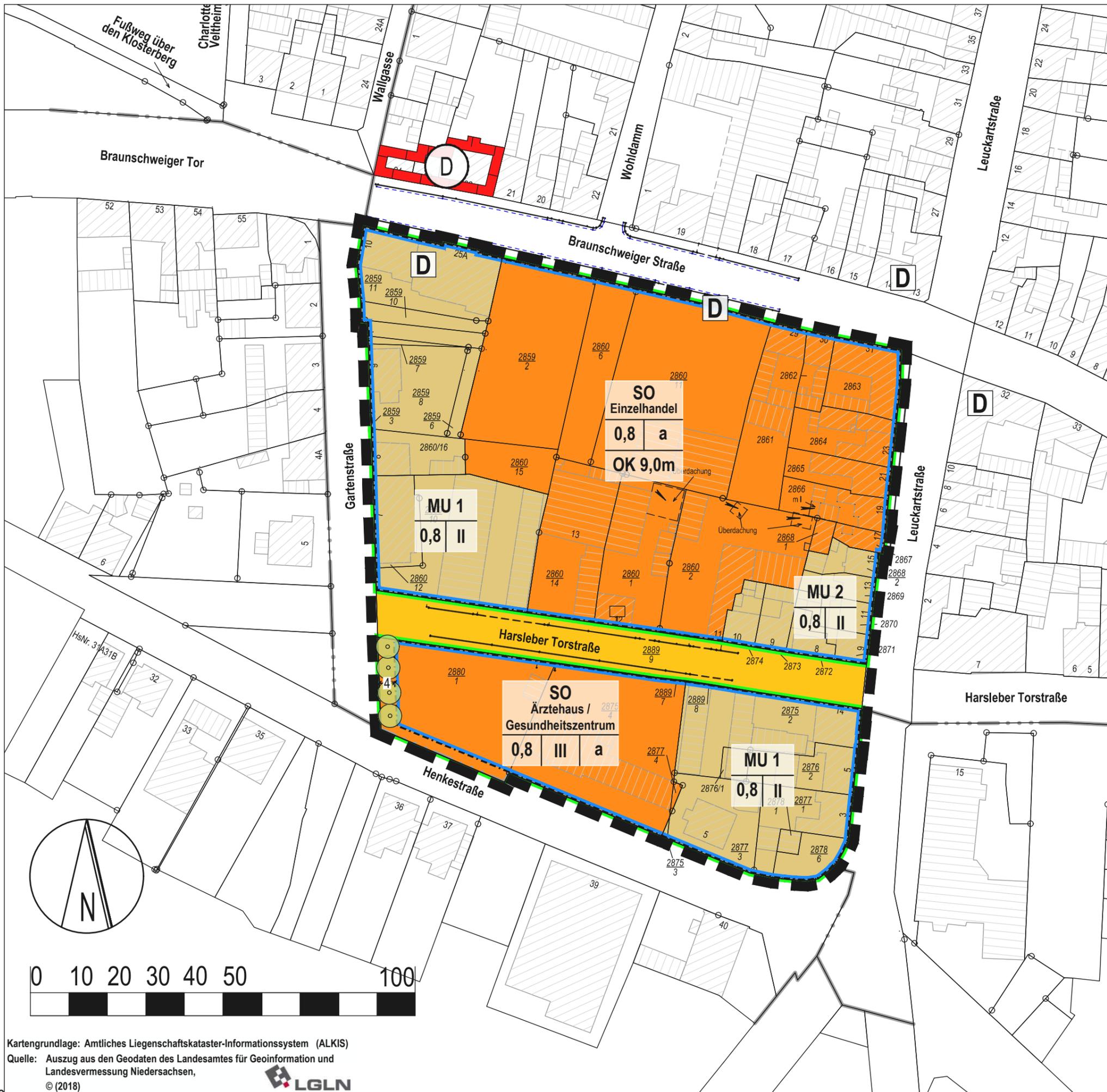
Das Regionale Versorgungszentrum

Das Regionale Versorgungszentrum kombiniert ein kommunal getragenes MVZ mit anderen Angeboten der lokalen Daseinsvorsorge durch medizinische oder nichtmedizinischen Dienstleister. Im Rahmen des Modellprojekts Regionale Versorgungszentren (RVZ) werden derzeit an den fünf Standorten in Niedersachsen - Alfeld (Leine), Nordenham, der Wurster Nordseeküste/Nordholz, der Samtgemeinde Baddeckenstedt sowie der Stadt Auetal - Versorgungszentren aufgebaut. Was genau am jeweiligen Standort benötigt wird, legen die Akteure vor Ort fest. Der Schwerpunkt des Projektes liegt bislang auf der hausärztlichen Versorgung, könnte aber künftig auf die entsprechenden Bedürfnisse der jeweiligen Kommunen angepasst werden.

„Das Modellprojekt wird durch das Niedersächsische Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Landesentwicklung gefördert und durch die Landkreise und Standortgemeinden vor Ort umgesetzt. Ein Lenkungskreis unter Mitwirkung der kommunalen Partner vor Ort sowie des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, des Niedersächsischen Landkreistages, des Niedersächsischen Städtetages und des Niedersächsischen Städte- und Gemeindebundes, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, der AOK, dem vdek und der Bundesanstalt für Arbeit begleitet das Projekt.

Die Gründung von RVZ wird künftig in der Richtlinie über die Gewährung von Zuwendung zur integrierten ländlichen Entwicklung – ZILE 2023 – einen eigenen Förderschwerpunkt für Konzepterstellung und Infrastrukturförderung bilden.

Welches Konzept unter welchen Bedingungen konkret für die Stadt Helmstedt in Frage kommt bzw. ausgewählt werden sollte, ist im weiteren Prozess unter der Einbeziehung von Faktoren wie Finanzierung, weitere künftige Kosten (z. B. Instandhaltungskosten), Interesse und Beteiligung von Ärzten und Ärztinnen bzw. anderen möglichen Interessenten und/oder Investoren sowie unter Einbindung der Kommunalaufsicht und Kassenärztlichen Vereinigung zu ermitteln.



HPN Vermessung
 Öffentlich bestellte Vermessungsingenieure

Dipl.-Ing. Heinz Peters a.D.
 Dipl.-Ing. Wolfgang Möller

Dietrich-Bonhoeffer-Str. 8
 38300 Wolfenbüttel
 Tel: 05331 / 99 6 - 0
 Fax: 05331 / 99 6 - 299
 Email: Info@HPM-Vermessung.de
 Web: www.HPM-Vermessung.de

Zeichnungsnummer: 18-1708-181204-01

Bebauungsplanunterlage:
 - Braunschweiger Straße/
 Harsleber Torstraße -

Ansprechpartner: Gesine Stähler-Balke
 Gemeinde: Stadt Helmstedt
 Gemarkung: Helmstedt
 Flur: 7
 Flurstück: 2860/1 u.a.

Kartengrundlage: Automatisierte Liegenschaftskarte
 Quelle: Auszug aus den Geobasisdaten der
 Niedersächsischen Vermessungs-
 und Katasterverwaltung

© (2018) LGLN

Maßstab: 1:1000 Datum: 04.12.2018

Kartengrundlage: Amtliches Liegenschaftskataster-Informationssystem (ALKIS)
 Quelle: Auszug aus den Geodaten des Landesamtes für Geoinformation und
 Landesvermessung Niedersachsen,
 © (2018) LGLN

Stand: § 4 (1) BauGB

Dr.-Ing. W. Schwerdt Büro für Stadtplanung Partnerschaft mbB - Waisenhausdamm 7 - 38100 Braunschweig

Stadt Helmstedt
**E 335 Braunschweiger Straße /
 Harsleber Torstraße**
 mit örtlicher Bauvorschrift
Bebauungsplan