

RECHTSREPORT

Prozessfähigkeit eines Medizinischen Versorgungszentrums

Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) kann als solches nicht als Beteiligte in einem Gerichtsverfahren auftreten. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden. Das Gericht stellte klar, dass ein MVZ nur in der Rechtsform in einem Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren beteiligt werden kann, in der es am Rechtsverkehr teilnimmt.

Nach § 70 Sozialgerichtsgesetz (SGG) können neben Behörden und gemeinsamen Entscheidungsgremien von Leistungserbringern und Krankenkassen, wie zum Beispiel dem Gemeinsamen Bundesausschuss, Zulassungs- und Berufungsausschüssen oder Schiedsämtern, zum einen natürliche und juristische Personen und zum anderen nicht rechtsfähige Personenvereinigungen an Gerichtsverfahren beteiligt sein. Das MVZ als ärztlich geleitete Einrichtung ist jedoch

weder eine natürliche noch eine juristische Person. Die Einrichtung stellt nach Auffassung des BSG auch keine nicht rechtsfähige Personenvereinigung im Sinne von § 70 Nr. 2 SGG dar. Denn die im MVZ tätigen angestellten Ärzte und zugelassenen Vertragsärzte könnten weder als Mitglieder des MVZ angesehen werden noch stelle das MVZ eine Vereinigung der dort Tätigen dar. Bei einem MVZ handele es sich um eine besondere Organisations- und Kooperationsform im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit. Das MVZ nehme neben zugelassenen und ermächtigten Ärzten sowie ermächtigten Einrichtungen als Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Es stellt nach Auffassung des BSG eine reine Kooperationsform dar, die in einer gesellschaftsrechtlich zulässigen Rechtsform betrieben wird und in

dieser Rechtsform auch am allgemeinen Rechtsverkehr teilnimmt.

Prozessrechtlich folgt daraus, dass das MVZ Recht nur in der Rechtsform wahrnehmen kann, in der es im Rechtsverkehr auftritt. Nach § 95 Abs. 1 a Satz 1 HS 2 SGB V sind zulässige Rechtsformen die Personengesellschaft, die eingetragene Genossenschaft sowie die Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Beteiligt an einem Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren ist somit ein solcher MVZ-Rechtsträger und nicht das rechtlich unselbstständige MVZ. Diese prozessuale Bewertung entspricht nach Auffassung des BSG der Rechtslage bei Krankenhäusern, die als solche zwar im Krankenhausplan aufgenommen und zugelassen werden, aber rechtsgeschäftlich und prozessual durch ihre Träger handeln.

BSG, Beschluss vom 21. September 2016; B 6 KA 77/15 B *RAin Barbara Berner*

EBM-RATGEBER

Medikationsplan (Teil 2) – Einzelleistungsvergütung

Die Abrechnung des bundeseinheitlichen Medikationsplans (MP) in Papierform erfolgt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Teil 2 dieses EBM-Ratgebers beschreibt, wann für Patienten die neue Gebührenordnungsposition (GOP) 01630 berechnet werden kann.

Im § 29 a des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ist geregelt, unter welchen Voraussetzungen gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch auf den neuen, einheitlichen MP haben. Im Wesentlichen besteht ein Anspruch dann, wenn der Patient mindestens drei verschiedene, systemisch wirkende und zulasten der GKV verordnete Medikamente mit der Intention erhält, diese über einen Zeitraum von mehr als vier Wochen anzuwenden. Da Medikationspläne bereits in der Vergangenheit – wenn auch nicht in dieser standardisierten Form – erstellt wurden, wird der zusätzliche Aufwand im Wesentlichen pauschal vergütet (siehe Teil 1 – DÄ 3/2017). Zu-

sätzlich gibt es für wenige Ausnahmefälle mit der GOP 01630 eine Einzelleistung.

Die GOP 01630 (39 Punkte/circa 4,10 Euro) kann nur bei Patienten berechnet werden, die nach den Regelungen im § 29 a BMV-Ä Anspruch auf einen MP haben und die Erstellung eines MP wünschen.

Den MP erstellt in der Regel der Hausarzt, er ist durch das Gesetz zum Ausstellen verpflichtet. Nur wenn Patienten keinen Hausarzt haben, sind auch Fachärzte zur Ausstellung verpflichtet. Der Arzt, der den Medikationsplan erstellt hat, ist auch zur Aktualisierung verpflichtet. Aber auch andere Ärzte des Patienten sowie Ärzte in Krankenhäusern können den Plan aktualisieren. Die Einzelleistung (GOP 01630) ist daher vor allem für Patienten in hausärztlicher Behandlung und mit Anspruch auf einen MP vorgesehen, bei denen die Voraussetzungen für den Ansatz der Chronikerpauschale und damit für die Zuset-

zung des pauschalen Zuschlags (noch nicht erfüllt sind. Hausärzte und Pädiater können die GOP 01630 daher als Zuschlag zur Versichertenpauschale (GOP 03000/04000) berechnen.

Fachärzte können die GOP 01630 bei anspruchsberechtigten Patienten ansetzen, wenn sie eine der fachgruppenspezifischen Zusatzpauschale Onkologie (z. B. GOP 26315), die Grundpauschale Schmerztherapie (GOP 30700) oder die fachgruppenspezifische Zusatzpauschale für die Behandlung eines Transplantationsträgers abrechnen. Auch Hausärzte können die GOP 01630 als Zuschlag zur GOP 30700 ansetzen. Die GOP 01630 kann je Patient einmal im Krankheitsfall (= einmal im Jahr) von einem Arzt abgerechnet werden, jedoch nicht, wenn der Patient bereits einen MP durch einen anderen Arzt erhalten hat.

Nähere Informationen:
www.kbv.de/html/medikationsplan.php

KBV