

13. IWW-KONGRESS PRAXIS ÄRZTEBERATUNG

Neuigkeiten rund um das MVZ im Zeichen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes

von Dipl. Volkswirt Katja Nies (www.praxisbewertung-praxisberatung.com)

Der seit dem 9.3.07 jährlich in Düsseldorf stattfindende IWW-Kongress Praxis Ärzteberatung hat sich als feste, gut besuchte Größe für die in diesem Segment beratenden Berufe etabliert und stand in diesem Jahr im Zeichen des aktuellen Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG), das zum 1.5.19 in Kraft treten wird. Der Schwerpunkt aus der Fülle an hochkarätigen und informativen Vorträgen soll im Folgenden auf einigen neuen Regelungen und Gesetzesurteilen rund um das MVZ und das TSVG liegen. |

1. Reform auf Reform auf Reform

Das neue Gesetz steht natürlich vor dem Hintergrund und im engen Zusammenhang mit den bereits in den letzten Jahren verabschiedeten Reformen und Gesetzen, über die in den vorangegangenen Kongressen immer zeitnah informiert wurde:

- Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) zum 1.1.07
- GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) zum 1.4.07
- Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) zum 15.12.08
- Honorarreform 09
- Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) zum 1.1.12
- Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in wesentlichen Teilen zum 23.7.15
- Antikorruptionsgesetz §§ 299a und 299b zum 4.6.16

2. Gründungsbefugnisse für MVZ und Z-MVZ gemäß TSVG

Erneut wurden die Regelungen für das MVZ angepasst.

2.1 Bisheriger Gründerkreis

Bisher sind folgende Personen bzw. Institutionen berechtigt, ein MVZ zu gründen:

- Zugelassene Vertragsärzte (d.h. keine reinen Privatärzte)
- Zugelassene (Plan-)Krankenhäuser (keine Privatkliniken nach § 30 GewO)
- Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V
- Gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen
- Kommunen
- Angestellte Ärzte, sofern sie zugunsten einer Anstellung im MVZ auf ihre Zulassung verzichten haben und solange sie in diesem MVZ tätig sind.

Reformen im Gesundheitswesen haben eine lange Tradition

Der Gründerkreis bisher

2.2 Änderungen durch das TSVG beim bisherigen Gründerkreis

Das TSVG bringt nun Änderungen bei den MVZ-Gründungsberechtigten, wobei die Gründung nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform möglich ist. Darüber hinaus kann ein MVZ-Träger mehrere MVZ betreiben; d.h. nicht für jeden MVZ-Standort muss eine eigene Gesellschaft gegründet werden.

- Anerkannte Praxisnetze (siehe § 87 Abs. 4 SGB V, KBV-Rahmenvorgabe sowie regionale Vereinbarungen) werden in den Gründerkreis aufgenommen.
- Die Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen dürfen nur noch „fachbezogene MVZ“ gründen. Der Fachbezug besteht auch für die ärztlichen Leistungen, die im Zusammenhang mit einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten stehen (z.B. Hausarzt, Urologie, Kardiologie, Radiologie). Für „Alt-MVZ“ gibt es einen Bestandsschutz. Es bleibt abzuwarten, wie „eng“ in Zukunft der Begriff „fachbezogen“ ausgelegt werden wird.
- Angestellte Ärzte: Um zu verhindern, dass einem MVZ nach dem Ausscheiden aller originären Gründer die Zulassung entzogen wird, wird geregelt, dass die Gründungsvoraussetzung erhalten bleibt, wenn nachfolgende angestellte Ärzte, solange sie in dem betreffenden MVZ tätig sind, die Gesellschafterteile übernehmen können. Beachte: siehe Pkt. 3.2 „Nachbesetzung von Arztstellen“.

2.3 TSVG und die Gründung von Z-MVZ – Spezialregelung für Krankenhäuser

Wegen des besorgniserregenden Eindringens von Fremdinvestoren in den Zahnärztemarkt seit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (Mitte 2015) wurden besondere Regelungen für die Gründung von Z-MVZ durch Krankenhäuser im TSVG niedergelegt (hiermit soll dem Vehikel „Aufkauf eines sanierungsbedürftigen Krankenhauses“, das dann als MVZ-Trägergesellschaft dient, eine Grenze gesetzt werden).

Ein zentraler Orientierungspunkt soll hierbei der jeweilige „Versorgungsanteil“ in dem Planungsbereich einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) sein. Die KZV müssen umfassende und vergleichbare Übersichten zum bedarfsgerechten Versorgungsgrad und zum Stand der zahnärztlichen Versorgung am 31.12. eines jeden Jahres erstellen. Sie müssen bis zum 30.6. des Folgejahres in den amtlichen Mitteilungsblättern der jeweiligen KZV veröffentlicht werden.

Ein Z-MVZ kann von einem Krankenhaus in Zukunft nur noch gegründet werden, wenn der Versorgungsanteil der dann insgesamt von dem Krankenhaus gegründeten bzw. betriebenen Z-MVZ in dem betreffenden Planungsbereich eine bestimmte Grenze nicht überschreitet. Gemäß einer aktuellen Veröffentlichung auf der Internetseite der KZBV sehen die Vorgaben wie folgt aus:

Anerkannte
Praxisnetze

Erbringer nicht-
ärztlicher Dialyse-
leistungen

Angestellte Ärzte

Eindringen von
Fremdinvestoren

Versorgungsanteil
im Planungsbereich

- In grundsätzlich bedarfsgerecht versorgten Planungsbereichen (entspricht einem Versorgungsgrad von 50 % bis 109,99 %) beträgt der zulässige Versorgungsanteil eines Krankenhauses beziehungsweise „seiner“ Z-MVZ in dem betreffenden Planungsbereich maximal 10 %, mindestens jedoch fünf Z-MVZ-Sitze/Zahnarztstellen in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad zwischen 50 % und 99,9 %.
- In unterversorgten Planungsbereichen (entspricht einem Versorgungsgrad von unter 50 %) erhöht sich der zulässige Versorgungsanteil auf maximal 20 %.
- In überversorgten Planungsbereichen (entspricht einem Versorgungsanteil ab 110 %) reduziert sich der zulässige Versorgungsanteil auf maximal 5 %.

Bedarfsgerecht
versorgter
Planungsbereich

Unterversorgter
Planungsbereich

Überversorgter
Planungsbereich

Es fällt auf, dass (bis auf die Beschränkungen bei den Erbringern „nichtärztlicher Dialyseleistungen“) „nur“ bei den Zahnärzten eine Begrenzung der durch Krankenhäuser zu gründenden MVZ durch das TSVG eingeführt wurde. Laut des Vortrags zu den „Finanzinvestoren im Gesundheitswesen“ bilden MVZ ganz allgemein einen Schwerpunkt für Investments von Private-Equity-Gesellschaften in Deutschland. Bei den Ärzten liegt die Zahl der MVZ, die sich in Händen von Finanzinvestoren befinden, zurzeit bei ca. 420 (von insgesamt 2.500). Die bevorzugten Fachgebiete sind hier Labormedizin, Radiologie und Nuklearmedizin, Dialyse, Augenheilkunde und Dermatologie. Bei den Zahnärzten sind ca. 50 von 600 MVZ in den Händen von Fremdinvestoren bzw. Private-Equity-Fonds, die zum Teil ihren Sitz im Ausland haben.

3. Arztstellen, Ende der Zulassung und Versorgungsauftrag

Das TSVG bringt aber auch Änderungen im Zulassungsrecht.

3.1 Einbringung einer Praxis in ein MVZ

Ein Arzt kann in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden MVZ in einem anderen Planungsbereich liegt (§103 Abs. 4a S. 3 SGB V). Hiermit wird klargestellt, dass der verzichtende Arzt in einer Zweigstelle, die in seinem bisherigen Planungsbereich liegt, als Angestellter tätig sein kann, obwohl die MVZ-Trägergesellschaft in einem anderen Planungsbereich ihren Sitz hat.

3.2 Nachbesetzung von Arztstellen

Es ist im TSVG festgelegt, dass in Zukunft auch bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung im MVZ der Zulassungsausschuss prüfen soll, ob ein Bedarf für die Nachbesetzung besteht.

3.3 Ende der Zulassung

In § 95 Abs. 7 SGB V steht, dass die Zulassung endet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird. Allerdings muss laut Ansicht der Referenten eine Fristverlängerung trotz fehlender gesetzlicher

Zulassungsaus-
schuss soll Bedarf
prüfen

Klarstellung möglich sein. Sie verweisen diesbezüglich auch auf den nichtigen § 19 Abs. 3 Ärzte-ZV, in dem der gleiche Sachverhalt dargelegt wird.

3.4 Verzicht auf ein Viertel des Versorgungsauftrags

In Zukunft kann ein Vertragsarzt auch auf $\frac{1}{4}$ seines Versorgungsauftrags verzichten, um dann mit einem $\frac{3}{4}$ -Versorgungsauftrag tätig zu sein. (§ 19a Ärzte-ZV). Die Konsequenz daraus ist, dass der Zulassungsausschuss in Zukunft auch einen $\frac{1}{4}$ Versorgungsauftrag entziehen bzw. ruhen lassen kann.

3/4-Versorgungsaufträge sind möglich

4. Kurzfassung verschiedener Urteile zum MVZ

Im letzten Jahr ergingen einige wichtige Entscheidungen des BGH und des BSG.

4.1 Keine gleichzeitige Anstellung auf haus- und fachärztlichen Sitz

Eine MVZ-Betreibergesellschaft wollte eine Fachärztin für Innere Medizin (Schwerpunkt Gastroenterologie) jeweils mit dem Faktor 05, hausärztlich und fachärztlich internistisch tätig werden lassen. Der Zulassungsausschuss (ZA) lehnte dies ab. Das BSG (13.2.19, B 6 KA 62/17 R) hob die Entscheidung der Vorinstanz, in der der Klage stattgegeben wurde, auf und bestätigte die Entscheidung des ZA. Das BSG begründete sein Urteil damit, dass Hausärzte besondere Aufgaben zu erfüllen hätten, die durch eine gleichzeitige fachärztliche Tätigkeit nicht beeinträchtigt werden dürften.

4.2 Der Vertragsarzt in der MVZ-GmbH

Die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform einer GmbH, in das ein in dem MVZ tätiger Vertrags(zahn)arzt eingebunden werden soll, der aber keinen bestimmenden Einfluss auf die Gesellschaft nehmen könne (ggf. auch Minderheitsgesellschafter), ist ausgeschlossen (BSG 29.11.17, B 6 KA 31/16 R).

Grundsätzlich ist es nicht ausgeschlossen, ein MVZ in der Rechtsform einer GmbH zu gründen, jedoch muss ein bestimmender Einfluss der Vertragsärzte auf die Gesellschaft (Geschäftsführung oder Gesellschafterstellung) erfüllt sein, um das Merkmal „Tätigkeit in freier Praxis“ zu erfüllen. Es muss innerhalb der Gesellschaft ein Mindestmaß an Selbstständigkeit der Vertragsärzte gewährleistet werden. Anhaltspunkte ergeben sich z.B. aus § 23 der Musterberufsordnung. Die Satzung der jeweiligen Träger-GmbH muss dies widerspiegeln.

Ärztlicher Einfluss auf die Geschäftsführung

Es liegt in der Regel kein Fall einer ausreichenden beruflichen und persönlichen Selbstständigkeit vor, wenn ein Vertragsarzt gesellschaftsrechtlich keinen Einfluss auf den Betrieb der Gesellschaft nehmen kann.

4.3 Regelleistungsvolumen /Anfängerstatus MVZ

Aus dem Urteil des BSG (24.1.18, B 6 KA 23/16 R) ergeben sich laut Vortrag u.a. folgende Konsequenzen für die Praxis:

- Tritt ein Arzt mit Anfängerstatus (Erhöhung des RLV) in ein seit längerem bestehendes MVZ ein, so verliert er bzw. das MVZ die mit dem Anfängerstatus verbundenen Vorteile.

- Wird ein MVZ gegründet, indem die Trägergesellschaft eine seit längerem bestehende Arztpraxis übernimmt, kann dem MVZ keine besondere Wachstumschance (i. S. einer Erhöhung des RLV) eingeräumt werden.

Ein MVZ, das seinen Anfängerstatus verloren hat, kann sich ebenso wenig wie eine BAG durch die Aufnahme weiterer junger Ärzte „verjüngen“.

5. Vergütungsanreize durch das TSVG

Das TSVG soll ebenso wie die in der Einleitung bereits aufgeführten Gesetze (GKV-VStG und GKV-VSG) die wohnortnahe und flächendeckende Versorgung sowie darüber hinaus eine beschleunigte und vereinfachte Terminvergabe sicherstellen.

Die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung soll u.a. durch regionale Sicherstellungszuschläge, eine Flexibilisierung der Strukturfonds der KV sowie eine Neustrukturierung der Bedarfsplanung durch den G-BA zum 1.7.19 unterstützt bzw. gewährleistet werden.

Für eine schnellere Terminvergabe sieht der Gesetzgeber verschiedene Vergütungsanreize für die betroffenen Arztgruppen vor:

- Terminvermittlung durch einen Hausarzt an einen Facharzt: Ab August erhält der Hausarzt für die erfolgreiche Vermittlung eines Facharzttermins eine Vergütung von 10 EUR (hier scheint das Antikorruptionsgesetz kein Problem darzustellen?) und der betreffende Facharzt erhält die Leistungen für diesen Behandlungsfall extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet.
- Terminvermittlung durch eine Terminservicestelle (TSS): Ab Ende April erhalten alle Ärzte und Psychotherapeuten für über die TSS vermittelten Behandlungsfälle die Leistungen extrabudgetär vergütet. Ab August kommen hierzu noch Zuschläge auf die Versicherten- und Grundpauschalen von 50, 30 und 20 %, wobei sich die Höhe des Zuschlages nach der Wartezeit auf einen Termin bemessen wird.
- Extrabudgetäre Vergütung für Behandlungsleistungen in der offenen Sprechstunde: Die bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche, die die Fachärzte der grund- und wohnortnahen Versorgung (z.B. konservative Augenärzte, Orthopäden, Frauenärzte, HNO-Ärzte) ab August anbieten müssen, werden extrabudgetär vergütet.
- Extrabudgetäre Vergütung für „neue“ Patienten: Für Patienten, die ab August erstmals oder nach zwei Jahren eine Praxis einer bestimmten Fachrichtung aufsuchen, werden die Leistungen extrabudgetär vergütet.

Über diese Vergütungsanreize lässt sich trefflich streiten. Es stellt sich doch die Frage, ob in Zukunft nicht mögliche Termine für „Altpatienten“ durch Termine für Patienten über die TSS oder den Hausarzt substituiert werden (da

Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

Vergütungsanreize sind umstritten

lukrativer) oder eben die Patienten viel länger als üblich in den bzw. durch die „offenen“ Sprechstunden im Wartezimmer sitzen werden, da für diese Sprechzeiten keine Termine vergeben werden sollen.

Als weiterer Kritikpunkt kommt hinzu, dass die KV verpflichtet sind, die Erfüllung des Versorgungsauftrags und die Einhaltung der Mindestsprechstundenzeiten zu überprüfen. Die Ärzte werden demzufolge nicht nur einen erhöhten Verwaltungsaufwand in ihren eigenen Praxen haben, sondern werden auch den erhöhten KV-Verwaltungsaufwand über ihre Beiträge bezahlen müssen.

Die meisten Ärzte mit einem vollen Versorgungsauftrag bieten heute schon mehr als 20 bzw. 25 Sprechstundenzeiten pro Woche an und arbeiten zum Ende des Quartals trotz ausgeschöpften Budgets weiter. Wäre eine „Entbudgetierung“ aller Grundleistungen nicht vielleicht zielführender und dem überdurchschnittlichen Engagement und Einsatz der überwiegenden Zahl der Ärzte angemessener?

6. Schlussbemerkung

Neben den in diesem Beitrag herausgegriffenen Ausführungen zu aktuellen Entwicklungen rund um das MVZ und das TSVG bot der Kongress wieder eine Fülle an Themen:

- Umfassende Informationen zu umsatz- und ertragsteuerlichen Fragestellungen
- Gestaltungstipps rund um Umwandlung und Einbringung
- „Warnhinweise“ zu einer möglichen Betriebsprüfung
- Kreative Gestaltungen im Vertragsarztrecht
- Interessante Blicke über den Tellerrand des normalen Tagesgeschäftes hinaus: „Der Arzt als Stifter“ sowie „Vermögensplanung“ als zusätzliches Beratungspaket für Ärzte

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- TSVG – Keine erschwerte Nachbesetzung von angestellten Ärzten in Medizinischen Versorgungszentren (Müller, PFB 19, 123)
- Gesetzgebung – Terminservice- und Versorgungsgesetz: Was bringt es Ärzten und Patienten Neues? (Koch, PFB 19, 88)
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV): TSVG: Zentrale Regelungen für zahnärztliche Praxen (<https://www.kzbv.de/terminservice-und-versorgungsgesetz-tsvg.1248.de.html>)
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KBV): TSVG: Wesentliche Neuerungen im Überblick (<https://www.kbv.de/html/tsvg.php>)

14. Kongress Praxis Ärzteberatung 20.3.20

Erfahren Sie alles Wichtige aus Rechtsprechung und Praxis, kompakt zusammengefasst an nur einem Tag: Am 20.3.20 findet der 14. IWW-Kongress Praxis Ärzteberatung in Düsseldorf statt. Merken Sie sich also den Termin vor!

Überprüfung durch die KV

Alternative: „Endbudgetierung“

Und außerdem?



SEMINAR

www.kongress-praxis-aerzteberatung.de