

# GESETZGEBERISCHE INNOVATIONEN ALS SCHRANKEN FÜR DIE VERTRAGSÄRZTLICHE TÄTIGKEIT?

Jörg Hoffmann

Geschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Dienstag, 19. September 2023



- (1) Einleitung
- (2) Handlungsrahmen für MVZ
- (3) Ersteinschätzungsrichtlinie G-BA
- (4) Primärversorgungszentren nach GSVG

# EINLEITUNG

- Vertragsärztliche Tätigkeit
  - > Nicht mehr nur der freiberuflich tätige Arzt in eigener Praxis
  - > Tätigkeit in Anstellung möglich
  - > Sowohl Zulassung als auch Anstellung in „Teilzeit“ möglich
- Liberalisierung und Anpassung an Bedürfnisse sowohl der Ärztinnen und Ärzte als auch der Anforderungen an die Versorgungsrealität

ABER: Schränkt der Gesetzgeber mit aktuellen Vorhaben die Handlungsmöglichkeiten für die vertragsärztlichen Akteure im Gesundheitswesen nicht eher ein?

Weite Spielräume für  
(investorengesteuerte) MVZ

- In der regulären ambulanten Versorgung



Einschränkungen für ambulante  
Versorgungsideen durch Reglementierung

- Entwurf des G-BA einer Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung (Ersteinschätzungs-Richtlinie)
- Primärversorgungszentren, Art. 1 Nr. 4 RefE GSVG (§ 73a SGB V neu)

# HANDLUNGSRAHMEN FÜR MVZ

- MVZ sind attraktiv für junge Ärztinnen und Ärzte und für ältere Ärztinnen und Ärzte für ihren Ausstieg
  - Anteil Angestellte < 50J.: Ø Hessen 33%
  - Teilzeitpräferenz > 50%, höchster Anteil bei Fachärzten
- **spezialisierte und geräteintensive Fachgebiete** am stärksten in hess. MVZ vertreten:
  - 31% aller Radiologen
  - 74% der Humangenetiker
- grundversorgende Fachärzte in MVZ rechnen auffällig wenig **Grundversorgung** ab:
  - **30% Leistungsanteil** bei in MVZ tätigen Gynäkologen
  - 88% bzw. 71% Leistungsanteil Gynäkologen in EP und BAGs

*[...] Medizinische Versorgungszentren sind **ärztlich geleitete** Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, **als Angestellte oder Vertragsärzte** tätig sind. Der **ärztliche Leiter** muss in dem medizinischen Versorgungszentrum **selbst** als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt **tätig sein**; er ist in medizinischen Fragen **weisungsfrei**.*

- Mindestens zwei Vertragsärzte mit zusammen mindestens einem vollem Versorgungsauftrag
- Aufgrund seiner Eigenschaft als Einrichtung benötigt ein MVZ eine ihm zugrundeliegende **Trägersgesellschaft**



## Gründungsberechtigt

- zugelassene Ärzte / Psychotherapeuten
- zugelassene Krankenhäuser
- Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen (§ 126 Abs. 3 SGB V)
- gemeinnützige Träger (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund Zulassung / Ermächtigung)
- anerkannte Praxisnetze nach § 87b Absatz 2 Satz 3
- Kommunen (Städte / Gemeinden)

## Zulässige Gesellschaftsformen

- GbR
- Partnerschaftsgesellschaft
- Eingetragene Genossenschaft
- Öffentlich-rechtliche Rechtsform
- GmbH
- Unternehmergesellschaft - haftungsbeschränkt

- MVZ hat mehr Spielräume bei Auswahl der **Rechtsform**
  - > Gründung als juristische Person, inbs. GmbH
  - > Einzelpraxis nur als natürliche Person, BAG nur als GbR oder PartG
- MVZ kann Geschäftsanteile **veräußern**, soweit Käufer über Gründereigenschaft verfügt
  - > Einzelpraxis und BAG können Praxis bzw. Sitz (in gesperrtem Gebiet) nur über **Nachbesetzungsverfahren** verwerten
  - > Bei BAG idR Auswahl des Nachfolgers durch verbleibende Gesellschafter
- MVZ hat mehr Flexibilität bei **Verteilung der ärztlichen Tätigkeit an verschiedene Standorte**
  - > Gesamtumfang der Tätigkeit der Ärzte am Vertragsarztsitz des MVZ muss Tätigkeit an anderen Standorte überwiegen – Gesamtbetrachtung Versorgungsleistung, nicht Einzelarztbetrachtung
  - > Einzelarzt oder BAG-Partner muss überwiegend an Vertragsarztsitz tätig sein
  - > gilt auch für angestellte Ärzte

- MVZ kann **Anstellungsgenehmigung** zwischen verschiedenen MVZ desselben Trägers oder sogar zwischen MVZ verschiedener Träger desselben Gesellschafters **verschieben** - nicht möglich für Einzelpraxis oder BAG
- MVZ kann **unbeschränkte Zahl** von Ärzten anstellen, in gesperrtem Planungsbereich müssen nur ausreichend Arztsitze vorhanden sein
  - > In Einzelpraxis und BAG kann jeder Arzt bis zu drei volle Arztsitze mit angestellten Ärzten besetzen
  - > Persönliche Leitung durch Vertragsarzt wird vorausgesetzt

- Art. 1 Nr. 7 RefE GVSG (§ 95 Abs. 2 S. 6 SGB 5): beschränkte Bürgschaft als Sicherheitsleistung
- Bisher für Gründung eines MVZ in Form einer GmbH Sicherheitsleistung, u.a. in Form einer unbegrenzten Bürgschaft, erforderlich
- Gesetzgeber will betragsmäßige Beschränkung zulassen
- Begründung
  - > Kommunen dürften keine unbeschränkten Bürgschaften ausgeben
  - > Bankbürgschaften zu teuer
  - > Gründung eines MVZ in öffentlich-rechtlicher Rechtsform unattraktiv
- Ausweitung der Regelung auch für andere MVZ-Gründer
  
- Einzelpraxen oder BAG können nur als Personengesellschaft gegründet werden
- Haftung damit unbeschränkt

- Bevorzugung MVZ gegenüber Einzelpraxis oder BAG durch rechtliche Rahmenbedingungen
- Erweiterte Handlungsmöglichkeiten, die den „klassischen“ Vertragsärzten nicht zur Verfügung stehen
- Vertragsärzte werden in lukrativen Bereichen (technische Leistungen) zurückgedrängt, für die Grundversorgung stehen MVZ nur eingeschränkt zur Verfügung

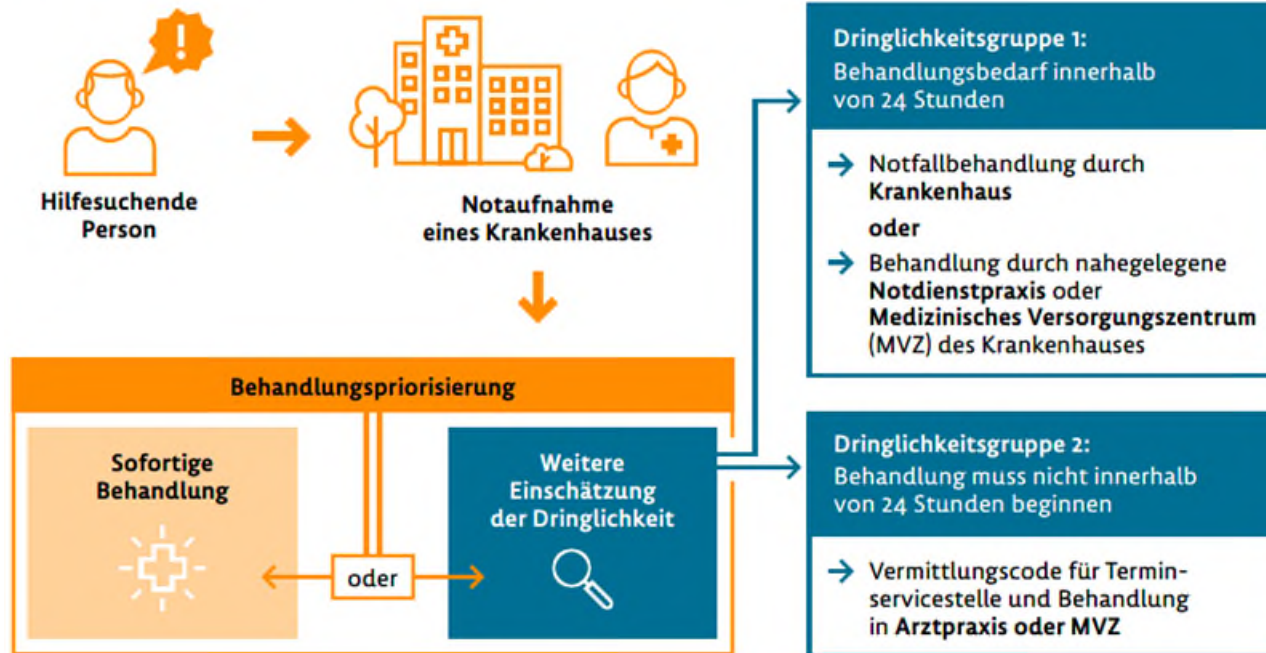
# ERSTEINSCHÄTZUNGS- RICHTLINIE

- G-BA setzt als Normgeber gesetzgeberische Aufträge und Vorgaben um
- Rechtsgrundlage § 120 Abs. 3b SGB V: G-BA hat Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden zu beschließen, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden
- Beschluss vom 6. Juli 2023
- Vom G-BA beschlossene Richtlinie am 12. September 2023 von BMG beanstandet

- Versorgung findet aus Sicht des Gesetzgers hauptsächlich im stationären Sektor oder zumindest an den Krankenhäusern statt
- Patienten suchen – aus verschiedenen Gründen – häufig nicht den Ärztlichen Bereitschaftsdienst, sondern die Notfallambulanzen der Krankenhäuser auf
- Deswegen bereits seit einigen Jahren die Bestrebungen, mit einem „gemeinsamen Tresen“ die Patientensteuerung in den richtigen Versorgungssektor zu übernehmen (Beispiel: Klinikum Frankfurt Höchst)
- Ersteinschätzungs-Richtlinie soll Bewertung der Dringlichkeit vereinheitlichen durch Vorgaben u.a. zu
  - > Ersteinschätzungs-Tool,
  - > Qualifikation des Personals,
  - > Ablauf der Ersteinschätzung und
  - > Konsequenz des Ergebnisses



## Ersteinschätzungsverfahren in Notaufnahmen: Medizinischer Notfall oder nicht?



- Weiterleitung bei Dringlichkeit (Behandlungsbedürftigkeit innerhalb von 24 Std.) an „Notdienstpraxis“ oder Krankenhaus-MVZ, soweit (bald) geöffnet
  - > Krankenhaus-MVZ wird als vertragsärztliche Notdienstpraxis definiert
  - > Ebenfalls sollen sog. Partnerpraxen oder ähnliche Modelle der KVen zu den Notdienstpraxen zählen
- Prämisse der unmittelbaren räumlichen Nähe zum Krankenhaus, idealerweise Standort am Krankenhaus
- Ungerechtfertigte Einschränkung der Teilnahme der ambulanten Versorgung an der Versorgung ambulant zu behandelnder Patienten

# Beanstandung durch BMG – Verstoß gegen gesetzlichen Auftrag



- § 120 Abs. 3b S. 1 SGB V: *„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2023 eine Richtlinie, die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden, beinhaltet.“*
- 1. keine hinreichenden Vorgaben für „qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung“
  - > Ersteinschätzungssysteme soll erst ab 1.6.2024 eingeführt werden, da noch nicht existent
  - > Ermittlung von neu eingeführten Dringlichkeitsgruppen ohne wissenschaftliche Validierung auf Basis der bisherigen Triage-Systeme gefährdet Patientensicherheit
- 2. Ersteinschätzung von Patienten, die mittels Rettungsdienst eingeliefert werden, nicht von gesetzlichem Auftrag erfasst

# Beanstandung durch BMG – Verstoß gegen gesetzlichen Auftrag



3. Kein gesetzlicher Auftrag für Vorgaben an bauliche Substanz eines Krankenhauses – nach RiLi-Entwurf soll Ersteinschätzung in ZNA des Krankenhauses durchgeführt werden, die näher definiert wird
4. Weiterleitung an MVZ in Trägerschaft des Krankenhauses rechtswidrig, nicht vom Begriff der Notdienstpraxen nach § 120 Abs. 3b S. 3 Nr. 5 SGB V erfasst
5. Weiterleitung an Notdienstpraxen, die noch nicht geöffnet haben, rechtswidrig, nach § 120 Abs. 3b S. 4 SGB V muss Notdienstpraxis geöffnet sein

Mit Ziffer 4 und 5 BMG greift BMG zwei Punkte auf, die auch aus Sicht der ambulanten Versorgung kritikwürdig sind

# Beanstandung durch BMG – Verstoß gegen gesetzlichen Auftrag



6. Mangelnde Vergütung der Krankenhäuser für ärztliche Behandlung des ersteingeschätzten Patienten
  - > RiLi-Entwurf sieht nur Vergütung der ärztlichen Überprüfung des Ersteinschätzungsverfahrens vor
  - > Im Sinne der Patientensicherheit sei aber Wille des Gesetzgebers zu verhindern, dass Krankenhäuser die Patienten aus wirtschaftlichen Erwägungen abweisen – deswegen sollen Krankenhäuser Patienten nur abweisen können, wenn keine Notdienstpraxis in unmittelbarer Nähe geöffnet ist
7. Erfassung personenbezogener Daten des ersteinschätzenden Personals im Ergebnisbericht rechtswidrig

# Trotz Beanstandung: gesetzgeberischer Auftrag muss umgesetzt werden



- Beanstandung bestätigt Tendenz des Gesetzgebers, die ambulante Behandlung zugunsten der stationären Behandlung einzuschränken
- Rechtswidrigkeit der Bevorzugung von MVZ in Trägerschaft der Krankenhäuser
  - > Rechtswidrigkeit jedoch nur festgestellt, weil Ermächtigungsnorm geändert wurde
  - > MVZ wird nicht (mehr) als Notdienstpraxen qualifiziert
- G-BA wird beanstandete Punkte überarbeiten müssen, Kernproblem aus ambulanter Sicht jedoch nicht beanstandet
  - > die ambulante Versorgung wird weiter eingeschränkt
  - > die Gestaltungsfreiheit der Selbstverwaltung bei der Behandlung von „ambulanten“ Notfällen wird durch Vorgaben zur räumlichen Nähe beschnitten

- Ärztlicher Bereitschaftsdienst liegt in Verantwortung der KVen (Sicherstellung der Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten)
  - > KV ist nicht verpflichtet, Bereitschaftsdienstzentralen am Krankenhaus einzurichten
  - > „sollen“ kooperieren
  - > Ausschluss einer Bereitschaftsdienstzentrale von Versorgung der „ersteingeschätzten“ Patienten wegen **fehlender räumlicher Nähe** nicht nachvollziehbar (gesetzliche Vorgabe geht fehl)
- Hessisches Modell der Partnerpraxen ermöglicht schon heute Versorgung von im Krankenhaus ersteingeschätzten, ambulant zu behandelnden Patienten während der Sprechstundenzeiten (Mittagspause, Mittwoch Nachmittag)
  - > Unabhängig von Entfernung zum Krankenhaus
  - > Ggf. kann wohnortnahe Praxis für Patient vorteilhaft sein
  - > Beanstandung greift Öffnungszeiten der Praxen auf, auch hier geht gesetzliche Vorgabe fehl, dass nicht an eine (bald) **geöffnete Praxis** verwiesen werden darf

# PRIMÄRVERSORGUNGS- ZENTREN



- Art. 1 Nr. 4 RefE GSVG (§ 73a SGB V neu): *„In Primärversorgungszentren wird Versicherten neben der regulären hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 S. 2 ein besonderes hausärztliches Versorgungsangebot zur Verfügung gestellt, das durch zusätzliche berufsgruppenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgungselemente gekennzeichnet ist.“*
- Voraussetzungen
  - > Gebiet mit eingetretener oder drohender Unterversorgung
  - > Mindestens drei freie volle hausärztliche Vertragsarztsitze
- Gründungsberechtigt Vertragsarzt, BAG, MVZ

- Nachweis einer Kooperationsvereinbarung
  - > Gesundheitskiosk (neue Versorgungsform nach Art. 1 Nr. 3 GSVG, § 65g SGB V neu), soweit vorhanden
  - > Kommune, wenn kein Gesundheitskiosk existiert – Nachweis Kooperationsvereinbarung
- Kooperation zu gewährleisten mit
  - > an fachärztlicher Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern oder Einrichtungen
  - > nicht ärztlichen Leistungserbringern
- Ziel: Verbesserung der hausärztlichen Versorgung

- Konzentration von drei Vertragsarztsitzen an einem Ort
  - > Versorgung in der Fläche wird reduziert
  - > In (drohend) unterversorgten Gebieten bereits jetzt Schwierigkeiten, Vertragsarztsitze zu besetzen – mit drei Sitzen auf einmal wird es nicht einfacher
  - > (noch) nicht geregelt, dass Betreiber bei Anerkennung durch KV nachweisen muss, dass die Sitze besetzt sind bzw. werden
- Zur Stärkung der ambulanten hausärztlichen Versorgung werden dieser im Ergebnis Vertragsarztsitze entzogen – Eingriff in Bedarfsplanung
  - > Gefahr, dass unbesetzte Sitze im Primärversorgungszentrum zusammengezogen werden
  - > Bestandsschutz für gegründete Primärversorgungszentren bei Wegfall der (drohenden) Unterversorgung – Sitze bleiben dort

- Auch wenn bei Primärversorgungszentren vertragsärztliche Leistungserbringer „handlungsberechtigt“ sind, wird eine Parallelstruktur zur hausärztlichen Versorgung aufgebaut
- Gesetzgeber entwickelt neue Versorgungsformen
  - > die nicht zur Verbesserung der Versorgung beitragen
  - > mit denen er in den Handlungsspielraum der (gemeinsamen) Selbstverwaltung eingreift
- Vertragsärztliche Versorgung wird eingeschränkt, nicht erkennbar, wie Sitze wieder in die „reguläre“ ambulante hausärztliche Versorgung zurückgeführt werden können

# FAZIT

- Nicht das Leitbild des Vertragsarztes oder die bisherigen gesetzlichen Rahmenbedingungen hemmen die vertragsärztliche Tätigkeit, sondern die vom Gesetzgeber als innovative Versorgungsideen verstandenen Vorgaben
- Gesetzgeber schränkt vertragsärztliche Tätigkeit weiter ein
- Weite Handlungsspielräume für gewünschte Organisationsformen oder Versorgungsideen
- Bereits funktionierende Modelle werden zwecks einheitlicher Vorgaben beschnitten