



CAUSA CONCILIO

RECHTSANWÄLTE . NOTARE

Mandanteninformation

Medizinrecht

+++ SPEZIAL +++

Versorgungsstärkungsgesetz verabschiedet

Am 10.06.2015 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, kurz GKV-VSG, verabschiedet. Über die Neuerungen, die mit diesem Gesetz verbunden sind und die sowohl Herausforderungen als auch Möglichkeiten mit sich bringen werden, möchten wir Sie heute informieren.

Das GKV-VSG führt das seit langem geübte Wechselspiel des Gesetzgebers fort, mit einem Gesetz die Versorgungsstrukturen zu verändern und mit dem nächsten Gesetz die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren. Nach dem Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz aus dem letzten Jahr, ist also nun wieder ein Gesetz zur Versorgung an der Reihe.

Ob der Aufkauf von Arztpraxen, die Einrichtung von Terminservicestellen und die Neuordnung der bisherigen integrierten Versorgung oder die Veränderung der Teilnahmeformen der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung die Versorgung insgesamt stärken wird, bleibt abzuwarten. Verändern wird sich die Versorgung auf jeden Fall.

Wann das GKV-VSG in Kraft tritt, ist noch nicht sicher absehbar, da zwischen dem Bundesrat und der Bundesregierung Uneinigkeit darüber besteht, ob der Bundesrat dem Gesetz zustimmen muss, oder nicht. Der Bundesrat ist der Auffassung, es handele sich um ein zustimmungsbedürftiges Gesetz, die Bundesregierung hält die Zustimmung der Länderkammer dagegen nicht für erforderlich. Der Bundesrat wird sich am 10.07.2015 mit dem GKV-VSG befassen. Hat er keine Bedenken gegen das Gesetz, werden die meisten Neuregelungen voraussichtlich zum August in Krafttreten.



Wir möchten Ihnen mit den folgenden Beiträgen einige ausgewählte Themen, die mit dem GKV-VSG an Bedeutung gewinnen werden, darstellen. Zu diesen aber zu allen anderen Fragen rund um das Versorgungsstärkungsgesetz steht Ihnen das gesamte Medizinrechtsteam von CausaConcilio gern zur Verfügung.

Ihr

Medizinrechtsteam von CausaConcilio Rechtsanwälte . Notare

Sven Hennings
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Frank Schramm
Rechtsanwalt und Notar
Fachanwalt für Arbeitsrecht
Fachanwalt für Medizinrecht

Dr. Paul Harnett
Rechtsanwalt und Notar
Fachanwalt für Medizinrecht

Christian Gerdts
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Stephan Gierthmühlen
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Dr. Wiebke Arnold
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Dr. Kai Stefan Peick
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Katharina Hampp
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Dr. Jana Spieker
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Dr. Sarah Gersch
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Dr. Marius Heller
Rechtsanwalt

Prof. Dr. Dr. Thomas Ufer
Rechtsanwalt und Arzt
Fachanwalt für Medizinrecht

Inhalt

<i>Das GKV-VSG im Überblick - Ziele und Maßnahmen des Gesetzes</i>	<i>3</i>
<i>Aufkauf von Praxen – Das Nachbesetzungsverfahren nach dem VSG.....</i>	<i>4</i>
<i>Wartezeiten abbauen - Terminservicestellen.....</i>	<i>6</i>
<i>Neue Freiheiten beim MVZ.....</i>	<i>7</i>
<i>Arztstellen – Vertreten und Verlegen.....</i>	<i>8</i>
<i>Neuerungen in der Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung.....</i>	<i>9</i>
<i>Meinungsfreiheit – Das Recht auf eine Zweitmeinung</i>	<i>10</i>
<i>Besondere Versorgung gem. § 140a SGB V.....</i>	<i>11</i>
<i>Teilnahme von Krankenhäusern und Hochschulambulanzen an der ambulanten Versorgung.....</i>	<i>12</i>
<i>Förderung von Praxisnetzen.....</i>	<i>14</i>

Das GKV-VSG im Überblick - Ziele und Maßnahmen des Gesetzes

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz verfolgt der Gesetzgeber das Ziel – dies dürfte nicht sehr überraschen – die Versorgung der Versicherten zu stärken und „auch künftig eine flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen“.

In Ihrem Gesetzesentwurf führt die Bundesregierung weiter aus, dass das GKV-VSG darauf abzielt

- die Rahmenbedingungen für die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung weiter zu flexibilisieren und zu verbessern; dies beinhaltet die Förderung der Versorgungsorientierung der Vergütungsregelungen sowie die angemessene Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen,
- den Versicherten einen schnellen und sektorenübergreifend durchgehenden Zugang zur medizinischen Versorgung zu verschaffen, um so die Situation der Versicherten im konkreten Versorgungsalltag zu verbessern; dazu zählen insbesondere die Reduzierung von Wartezeiten auf Facharzttermine und die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung durch eine Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Innovationen in der Versorgung und die Versorgungsforschung durch die Schaffung eines dafür vorgesehenen Fonds verstärkt zu fördern,
- Leistungsansprüche der Versicherten zu erweitern, z. B. auf die Einholung einer Zweitmeinung vor bestimmten Eingriffen oder in der medizinischen Rehabilitation,
- den Gestaltungsspielraum der Krankenkassen insbesondere beim Abschluss von Verträgen im Wettbewerb zu vergrößern,
- die Nutzenbewertung neuer Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse zu stärken.

Zur Erreichung dieser Ziele sollen zahlreiche Einzelmaßnahmen umgesetzt werden.



Ihr Ansprechpartner:
Stephan Gierthmühlen
Fachanwalt für Medizinrecht

Telefon: +49 (431) 6701 - 224
Telefax: +49 (431) 6701 - 55224
E-Mail: gierthmuehlen@cc-recht.de

Ein Schwerpunkt des Gesetzes liegt in dem Vorhaben, eine drohende bzw. teilweise schon vorhandene Unterversorgung in ländlichen Bereichen zu verhindern bzw. zu beseitigen. Der Gesetzgeber ist dabei

von der Idee geleitet, niederlassungswillige Ärzte könnten einerseits durch Vergütungsanreize und Vorteile bei einer späteren Bewerbung um eine Praxis in einem überversorgten Gebiet in unterversorgte Gebiete gelockt werden, wenn andererseits – durch den Aufkauf von Praxen (s. S. 4) – die Niederlassungsmöglichkeit in überversorgten Ballungsräumen erschwert wird. Die Möglichkeiten, ein MVZ zu gründen und zu betreiben, werden im Gegenzug erleichtert und insbesondere auch Kommunen eröffnet (s. S. 7). Auch der Umgang mit Arztstellen – also der Anstellung von Ärzten – wird vereinfacht (s. S. 8).

Um die vorhandenen Ressourcen besser nutzen zu können, sieht das Gesetz weiter die Errichtung von Terminservicestellen vor, die sicherstellen sollen, dass jeder Versicherte innerhalb von 4 Wochen einen Facharzttermin erhält. Ist dies nicht möglich, soll der Versicherte berechtigt sein, ein Krankenhaus in Anspruch zu nehmen (s. S. 6). Mit den Änderungen des § 140a SGB V fasst der Gesetzgeber nun die Möglichkeiten, Selektivverträge zu schließen, um die Regelversorgung zu ergänzen, zusammen und gestaltet diesen Rechtsbereich weitgehend neu (s. S. 10). Wie sich diese Änderungen auf die konkrete Versorgung vor Ort auswirken, bleibt abzuwarten. Nicht nur im Bereich des § 140a sieht das GKV-VSG weitere Änderungen für die Teilnahme von Krankenhäusern und Hochschulambulanzen an der ambulanten Versorgung vor. So sollen insbesondere im prä- und poststationären Bereich weitere Möglichkeiten der Patientenversorgung, auch in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten entstehen (s. S. 13).

Auch auf Seite der Patienten setzt das GKV-VSG an. So soll die Verkürzung von Wartezeiten und die neuen Angebote den Zugang zur Versorgung ebenso verbessern, wie die Überarbeitung der Psychotherapierichtlinie und die Verankerung von Versorgungsangeboten speziell für Menschen mit Behinderung. Zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Versorgung soll der Innovationsfond dienen, in den zur Förderung von Innovationen und der Versorgungsforschung jährlich 300 Millionen Euro fließen werden.

Die einzelnen konkreten Veränderungen stellen wir Ihnen auf den nachfolgenden Seiten vor:

Aufkauf von Praxen – Das Nachbesetzungsverfahren nach dem VSG

Seit dem 01.01.2013 sieht § 103 Abs. 3a SGB V bereits vor, dass der Zulassungsausschuss die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen kann, wenn die Nachbesetzung dieses Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht mehr erforderlich ist. Diese Entscheidung stand bislang im Ermessen des Zulassungsausschusses. Wird die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens abgelehnt, steht dem Vertragsarzt, dessen Antrag abgelehnt wurde, eine Entschädigung zu. Die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens konnte u.a. dann nicht abgelehnt werden, wenn die Praxis von einem Nachfolger fortgeführt werden sollte, der angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes war oder der als Vertragsarzt mit diesem gemeinsam die Praxis betrieb.

Mit dem GKV-VSG wird nun geregelt, dass bei einem festgestellten Versorgungsgrad im Planungsbereich von mindestens 140 % die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens nicht mehr abgelehnt werden kann, sondern abgelehnt werden soll. Dies bedeutet, dass in solchen Situationen regelmäßig die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens abgelehnt werden soll und nur in besonderen Fällen von einer Ablehnung abgesehen werden kann. Es wird also zukünftig entscheidend darauf ankommen, bei solchen Sachverhalten darzulegen, wieso der konkrete Vertragsarztsitz aus Versorgungsgründen weiterhin erforderlich ist und deswegen eine Ablehnung des Nachbesetzungsverfahrens nicht in Betracht kommt.

Die o.g. Privilegierung von Ausschreibungsanträgen, in denen der angestellte Arzt oder der Vertragsarzt, mit dem die Praxis bislang gemeinsam betrieben wurde, Praxisnachfolger sein

sollte, ist zudem eingeschränkt worden. Diese Privilegierung gilt nur noch, wenn die Anstellung oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis mindestens drei Jahre lang angedauert hat. Kurzfristige Anstellungen oder kurzfristig gegründete Berufsausübungsgemeinschaften bieten insoweit also keine rechtliche Sicherheit mehr.

Der Gesetzgeber hat eine weitere Privilegierung eingeführt. So kann die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens nicht abgelehnt werden, wenn Praxisnachfolger ein Arzt sein soll, der eine mindestens fünf Jahre dauernde vertragsärztliche Tätigkeit nach Inkrafttreten dieses Privilegierungstatbestands in einem Gebiet nachweisen kann, in dem der Landesausschuss das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, oder der sich verpflichtet, den zur Nachbesetzung anstehenden Vertragsarztsitz in ein schlechter versorgtes Gebiet desselben Planungsbereichs zu verlegen.



Ihr Ansprechpartner:
Christian Gerdts
Fachanwalt für Medizinrecht

Telefon: +49 (40) 355 372 - 222

Telefax: + 49 (40) 355 372 - 19

E-Mail: gerdts@cc-recht.de

Weiterhin bedarf der Beschluss über die Ablehnung der Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens einer Mehrheit der Stimmen der Mitglieder des Zulassungsausschusses. Wird dieser Beschluss gefasst, steht

dem Vertragsarzt, für dessen Zulassung das Nachbesetzungsverfahren abgelehnt wird, eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes der Praxis zu. Während der Gesetzgeber es bis zuletzt vollständig offen gelassen hat, auf welcher Basis der Verkehrswert zu berechnen ist, wird dies nun durch das GKV-VSG festgelegt. So wird nun geregelt, dass bei der Ermittlung auf den Verkehrswert abzustellen ist, der bei Fortführung der Praxis maßgeblich wäre. Nicht ausdrücklich geregelt ist, ob etwaige Entschädigungen für weiter anfallende Verbindlichkeiten aus Dauerschuldverhältnissen, insbesondere aus dem Praxismietvertrag zu berücksichtigen sind. Auch diese Verpflichtungen würden grundsätzlich von einem Praxisübernehmer übernommen. Diese Übernahme von Verbindlichkeiten durch einen Praxisübernehmer ist im Fall der Ablehnung der Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens nicht mehr möglich, so dass dem Vertragsarzt insoweit ein wirtschaftlicher Schaden droht, der im schlimmsten Fall auch über den Betrag des entschädigten Verkehrswerts hinausgehen könnte. Insoweit zeigt aber die Gesetzesbegründung auf, dass die Entschädigung den Ersatz von Folgeschäden, insbesondere solche, die aus langfristigen Verträgen entstehen können, einschließt. Der ausscheidende Vertragsarzt ist jedoch zur Schadensminderung verpflichtet. Ein den Verkehrswert übersteigender höherer Kaufpreis, der auf dem Markt theoretisch zu erzielen wäre, soll nicht von der Entschädigung erfasst sein.

Hinzuweisen ist noch darauf, dass die Einhaltung der Versorgungsaufträge, die sich aus der Zulassung ergeben, von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu prüfen ist und die Ergebnisse den Landesausschüssen und den Zulassungsausschüssen mindestens jährlich zu übermitteln sind. Hierdurch sollen die Ausschüsse nach dem Willen des Gesetzgebers gestärkt werden, da hierdurch Zulassungsentscheidungen – insbesondere solche zum Sonderbedarf wegen bestehenden lokalen Versorgungsbedarfs – fundierter als bisher getroffen und begründet werden können. Hierdurch erscheint aber auch eine fundiertere Begründung möglich, ob eine

Praxis aus Versorgungsgründen nicht mehr erforderlich ist und die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens deswegen abzulehnen ist.

Bei der Auswahl der Bewerber, die sich auf einen zur Nachbesetzung ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes beworben haben, hat der Zulassungsausschuss ein neues, weiteres gesetzliches Auswahlkriterium einzubeziehen. So sind auch die Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung zu berücksichtigen. Gemeint ist hiermit insbesondere, dass Bewerber, die eine barrierefreie Praxis schaffen wollen, ebenfalls vorrangig berücksichtigt werden können.

Wartezeiten abbauen - Terminservicestellen

Die im Vorfeld bereits kontrovers diskutierte Terminservicestelle sollen nunmehr innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes eingerichtet werden. Ziel ist die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung.

Terminservicestellen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen einzurichten, können aber auch in Kooperation mit den Krankenkassen betrieben werden. Die Terminservicestelle hat Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Vertragsarzt oder einem MVZ zu vermitteln. Einer Überweisung bedarf es nicht, wenn ein Behandlungstermin bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt zu vermitteln ist.



Ihr Ansprechpartner:
Dr. Paul Harneit
Fachanwalt für Medizinrecht

Telefon: +49 (431) 6701 - 203
Telefax: +49 (431) 6701 - 55203
E-Mail: harneit@cc-recht.de

Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt

muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin innerhalb der Frist vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Näheres soll im Bundesmantelvertrag geregelt werden.

Mit der Inanspruchnahme der Terminservicestelle verzichtet der Patient auf sein Recht der freien Arztwahl. Da er aber die Terminservicestelle nicht zwingend nutzen muss, kann er weiterhin direkt mit seinem Wunscharzt einen Termin vereinbaren, möglicherweise aber erst zu einem späteren Zeitpunkt.

Umgekehrt sieht das GKV-VSG keine Verpflichtung der Ärzte vor, für die Terminservicestelle ein besonderes Kontingent an Terminen vorzuhalten. Der Arzt kann deshalb weiter frei über seine Termine verfügen und diese vergeben. Die Terminservicestelle kann nur - wie ein Patient auch - die verbleibenden Termine vereinbaren. Es besteht auch keine Verpflichtung des Arztes, seine Sprechstunden auszuweiten, um Anfragen der Terminservicestelle zu erfüllen. Umgekehrt gibt es keine höhere oder extrabudgetäre Vergütung, wenn über die Terminser-

vicestelle vermittelte Patienten behandelt werden.

Neue Freiheiten beim MVZ

Um ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) zu gründen, wurde bislang vom Gesetzgeber vorausgesetzt, dass in jenem MVZ eine fachübergreifende Tätigkeit ausgeübt wird, also in der Einrichtung Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind. Diese Zulassungsvoraussetzung entfällt. Somit kann ein MVZ auch gegründet werden, wenn in dieser Einrichtung Ärzte des gleichen Fachgebiets oder des gleichen Schwerpunkts tätig werden. Hierdurch wird die Möglichkeit der Gründung von MVZ deutlich erleichtert. Insbesondere die Gründung von ausschließlich zahnärztlichen MVZ, die bislang von der herrschenden Rechtsprechung als unzulässig betrachtet wurden, wird hierdurch nun ermöglicht.

Für die Gründung von MVZ durch Vertragsärzte in der Rechtsform der GmbH wurde nun durch das GKV-VSG wichtige Rechtssicherheit und eine Angleichung der unterschiedlichen Spruchpraxen bei den Zulassungsausschüssen geschaffen.



Ihr Ansprechpartner:
Christian Gerdts
Fachanwalt für Medizinrecht

Telefon: +49 (40) 355 372 - 222
Telefax: + 49 (40) 355 372 - 19
E-Mail: gerdts@cc-recht.de

So wurde von einigen Zulassungsausschüssen die Auffassung vertreten, dass Vertragsärzte, die auf ihre Zulassung verzichten, um in einem MVZ tätig zu werden, nicht Gründer und/oder Gesellschafter dieses MVZ

werden können. Einige Zulassungsausschüsse in der Bundesrepublik – so z.B. der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg hielt es dagegen für zulässig, dass Vertragsärzte, die auf ihre Zulassung verzichten, um in einem MVZ als angestellter Arzt tätig zu werden, für die Dauer ihrer Tätigkeit als angestellter Arzt in jenem MVZ auch Gesellschafter jenes MVZ bleiben können.

Mit dem GKV-VSG wird gesetzlich klargestellt, dass die Gründereigenschaft von ehemals zugelassenen Vertragsärzten dann nicht entfällt, wenn der Vertragsarzt zugunsten seiner Anstellung im MVZ auf seine Zulassung verzichtet. Dieser Arzt kann also Gesellschafter des MVZ bleiben, solange er in dem MVZ als angestellter Arzt tätig ist. Auch die Gründung von neuen MVZ oder die Beteiligung an anderen MVZ dürften nach dem neuen Gesetzeswortlaut für jenen Arzt möglich sein. Hierdurch werden die Möglichkeiten für Vertragsärzte, MVZ zu gründen oder sich an diesen zu beteiligen, deutlich vereinfacht und liberalisiert.

Nach Inkrafttreten des GKV-VSG können zukünftig auch Kommunen ein MVZ gründen. Hierfür können diese sich jeglicher öffentlich-rechtlicher Rechtsform bedienen.

Während es in der Vergangenheit erforderlich war, dass alle Gesellschafter einer MVZ-Trägergesellschaft selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das MVZ aus dessen vertragsärztlicher

Tätigkeit abgeben, wird dies nun dadurch ergänzt, dass auch andere Sicherheitsleistungen gemäß § 232 BGB als Sicherheit gestellt werden können. In Betracht kommen damit die Sicherheitsleistung durch Hinterlegung von Geld oder Wertpapieren, durch Verpfändung von Forderungen, die in das Bundesschuldbuch oder in das Landesschuldbuch eines Landes eingetragen sind, durch Verpfändung beweglicher Sachen, durch Bestellung von Schiffshypotheken an Schiffen oder Schiffsbauwerken, die in einem deutschen Schiffsregister oder Schiffsbauregister eingetragen sind, durch Bestellung von Hypotheken an inländischen Grundstücken, durch Verpfändung von Forderungen, für die eine Hypothek an einem inländischen Grundstück besteht, oder durch Verpfändung von Grundschulden oder Rentenschulden an inländischen Grundstücken.

Im Nachbesetzungsverfahren, in dem sich ein MVZ um einen ausgeschriebenen Vertragsarztsitz bewirbt, kann zukünftig anstelle der allgemein bekannten Auswahlkriterien auch die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots eines MVZ berücksichtigt werden, das sich um die Übernahme jenes Vertragsarztsitzes bewirbt. Somit wird durch den Gesetzgeber ein MVZ-spezifisches Auswahlkriterium geschaffen.

Arztstellen – Vertreten und Verlegen

Durch das GKV-VSG schafft der Gesetzgeber nun Klarheit, dass auch angestellte Ärzte, deren Anstellung zuvor einem Vertragsarzt genehmigt wurde, nach Maßgabe der für Vertragsärzte geltenden Vorschriften vertreten werden dürfen. Zudem wird festgestellt, dass bei einer Freistellung jenes angestellten Arztes und auch nach Beendigung der Anstellung, sei es durch Tod des angestellten Arztes, durch Kündigung oder aus sonstigen Gründen für die Dauer von 6 Monaten eine Vertretung des angestellten Arztes zulässig ist. Insbesondere eine Vertretung nach Beendigung des Anstellungsverhältnisses war bislang gesetzlich nicht vorgesehen. Vielmehr blieb nur die Möglichkeit, binnen der vom BSG aufgestellten Frist von 6 Monaten nach Beendigung der Anstellung den vollständigen Antrag auf Genehmigung der Anstellung eines Nachfolgers zu stellen. Bis zum Wirksamwerden jener Genehmigung konnte jedoch keine vertragsärztliche Tätigkeit auf jener Anstellung erbracht und abgerechnet werden. Die neue Regelung des § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV ermöglicht dies nunmehr. Dies verschafft dem anstellenden Vertragsarzt bei einer kurzfristig endenden Anstellung deutlich höhere wirtschaftliche Planungssicherheit.



Ihr Ansprechpartner:
Christian Gerdts
Fachanwalt für Medizinrecht

Telefon: +49 (40) 355 372 - 222
Telefax: + 49 (40) 355 372 - 19
E-Mail: gerdts@cc-recht.de

Bedeutsam kann auch die neue Regelung des § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV werden. Hiernach kann die Verlegung einer genehmigten Anstellung unter den entsprechenden Voraussetzungen wie ein Vertragsarztsitz genehmigt werden. Während es sich bei der Verlegung eines Vertragsarztsitzes nur um eine Veränderung der Praxisanschrift handelt und der Leistungserbringer, nämlich die Person des Vertragsarztes unverändert bleibt, bezweckte der Gesetzgeber ausweislich seiner Gesetzesbegründung mit dieser neuen Regelung etwas Anderes. Es soll

nämlich die Verlegung einer Anstellungsgenehmigung von einem MVZ in ein anderes MVZ (in gleicher Trägerschaft) geregelt werden. Eine solche Übertragung der Anstellungsgenehmigung soll analog der Sitzverlegung bei der Zulassung zulässig sein. Danach ist die Verlegung von Anstellungen in ein anderes MVZ im selben Planungsbereich also zulässig, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Hierdurch wird die Rechtsprechung des BSG, Urt. v. 23.03.2011, Az. B 6 KA 8/10 R, aufgehoben, wonach die Verlegung einer Anstellung von einem MVZ in ein anderes – also zu einem anderen Leistungserbringer - unzulässig ist, weil der Gesetzgeber diese Möglichkeit nicht vorgesehen hat. Diese neue Regelung soll also die Übertragung von Anstellungen von einem MVZ in ein anderes MVZ ermöglichen, sofern diese MVZ in gleicher Trägerschaft sind. Diesseits wird jedoch in Frage gestellt, ob dieses vom Gesetzgeber bezweckte Ziel tatsächlich durch die in § 24 Abs. 7 S. 2 Ärzte-ZV gewählte Formulierung zutreffend erfasst wird. Die Verlegung regelt eigentlich nur die Voraussetzungen für eine örtliche Verlagerung. Das vom Gesetzgeber angestrebte Ziel geht aber über eine örtliche Verlagerung hinaus. Er will nämlich die Übertragung von Anstellungsgenehmigungen von einem zugelassenen Leistungserbringer auf einen anderen Leistungserbringer ermöglichen. Dies ist jedoch ein deutliches „Mehr“ als die lediglich örtliche Veränderung der genehmigten Anstellung, also die Adressänderung. Um das gewollte Ziel korrekt zu formulieren, hätte also der Gesetzgeber regeln müssen, dass unter den Voraussetzungen des § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV es zulässig sein soll, dass ein MVZ eine Anstellung auf ein anderes MVZ, das sich in gleicher Trägerschaft befindet, überträgt und diesem MVZ dann die Anstellung zu genehmigen ist. Zugegebenermaßen stellt sich dann die Frage, wieso dieses Recht lediglich solchen MVZ zustehen soll, die in gleicher Trägerschaft stehen, und wieso diese Möglichkeit nicht auch Vertragsärzten eingeräumt werden soll. So kann insbesondere bei Vertragsärzten, die in überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft zusammengeschlossen sind, das Erfordernis bestehen, eine Anstellung zu einem Vertragsarzt an der anderen Betriebsstätte im gleichen Planungsbereich zu verlegen. Es kann daher in Frage gestellt werden, wodurch diese Ungleichbehandlung von MVZ in gleicher Trägerschaft von Vertragsärzten oder von MVZ in unterschiedlicher Trägerschaft gerechtfertigt wird.

Neuerungen in der Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung



Ihr Ansprechpartner:
Dr. Paul Harneit
Fachanwalt für Medizinrecht

Telefon: +49 (431) 6701 - 203
Telefax: +49 (431) 6701 - 55203
E-Mail: harneit@cc-recht.de

In der Abrechnungsprüfung werden angestellte Ärzte nunmehr den Vertragsärzten gleichgestellt. Bisher waren insbesondere angestellte Ärzte im MVZ benachteiligt. Rechneten diese mehr als 520 Stunden im

Quartal ab, war dies ein Anlass, eine Plausibilitätsprüfung einzuleiten. Mit dem GKV-VSG wird diese Grenze für alle Ärzte einheitlich auf 780 Stunden pro Quartal erhöht.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung für ärztlich verordnete Leistungen wird ab 01.01.2017 anhand von Vereinbarungen geprüft, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen zu treffen sind. Hierzu haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzen-

verband Bund der Krankenkassen einheitliche Rahmenvorgaben zu schaffen. Bis dahin bleibt die Richtgrößenprüfung im Rahmen der Arzneimittelverordnung erhalten. Die Übertragung der Regelungskompetenz auf die Gesamtvertragspartner im jeweiligen KV-Bezirk bedeutet indessen nicht, dass die Richtgrößenprüfung abgeschafft wird. Sie kann von den Gesamtvertragspartnern übernommen werden. Vereinbaren sie indessen bis zum 31.12.2016 nichts, entsteht keine Regelungslücke. Dann gilt die bisherige gesetzliche Regelung fort. Im Bereich der ärztlichen Leistungen wird eine Zufälligkeitsprüfung von mindestens 2% aller Vertragsärzte bundesweit vorgeschrieben. Sie beziehen sich nicht mehr auf Krankenseinweisungen und ärztlich verordnete Leistungen. Das bedeutet jedoch nicht, dass auch für ärztlich verordnete Leistungen keine Zufälligkeitsprüfungen mehr möglich sind. Die Vertragspartner können dies auf Landesebene weiterhin vereinbaren.

Meinungsfreiheit – Das Recht auf eine Zweitmeinung

Durch das GKV-VSG wird nunmehr das bereits seit längerem diskutierte Zweitmeinungsverfahren in dem neuen § 27b SGB V geregelt. Danach haben Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem anderen Arzt oder einer anderen Einrichtung einholen, der oder die den Eingriff nicht durchführt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll bis zum 31.12.2015 festlegen, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung besteht. Ferner soll er Kriterien für die besondere Expertise zur



Ihr Ansprechpartner:
Dr. Paul Harneit
Fachanwalt für Medizinrecht

Telefon: +49 (431) 6701 - 203
Telefax: +49 (431) 6701 - 55203
E-Mail: harneit@cc-recht.de

Zweitmeinungserbringung festlegen. Dabei sind die langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem für den Eingriff maßgeblichen Fachgebiet und Kenntnisse des aktuellen Stands der Forschung zur Diagnostik und Therapie in dem betreffenden Gebiet sowie Therapiealternativen als Mindestkriterien festgelegt, die vom GBA durch zusätzliche Kriterien ergänzt werden können. Zur Erbringung einer Zweitmeinung sind Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte und Einrichtungen, zugelassene Krankenhäuser sowie - ein Novum - ausschließlich privatärztlich tätige Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, berechtigt. Die Möglichkeiten einer telemedizinischen Erbringung der Zweitmeinung sollen ebenfalls genutzt werden. Dies betrifft in erster Linie die Bewertung radiologischer Befunde.

Besondere Versorgung gem. § 140a SGB V

Im 11. Abschnitt des 4. Kapitels des SGB V waren bisher in den §§ 140a ff. SGB V die Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung geregelt. Daneben gab es Möglichkeiten zum Abschluss von Strukturverträgen gemäß § 73a SGB V sowie von Verträgen über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V. Mit dem GKV-VSG hat sich der Gesetzgeber nunmehr entschlossen, diese bisherigen Möglichkeiten zusammenzufassen und zu entbürokratisieren und hat deswegen allein einen neuen § 140a SGB V – Besondere Versorgung – geschaffen.

Aus den Gesetzesmaterialien ergibt sich, dass alle nach bisherigem Recht möglichen Vertragsformen weiterhin möglich sein sollen. Die Neuregelung sehe einen weiteren Gestaltungsspielraum vor. Klargestellt wird, dass die nach den bisher geltenden Regelungen wirksam geworden Verträge fortgelten.

Durch die Zusammenfassung und Ausweitung des Gestaltungsspielraums soll eine wettbewerbliche Weiterentwicklung erfolgen. Dabei geht der Gesetzgeber von einer möglichst großen Gestaltungsfreiheit aus. Zum Ende des Gesetzgebungsverfahrens wurde in der Beschluss-



Ihr Ansprechpartner:
Dr. Kai Stefan Peick
Fachanwalt für Medizinrecht

Telefon: +49 (431) 6701 - 230
Telefax: +49 (431) 6701 - 55230
E-Mail: peick@cc-recht.de

empfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit ausdrücklich klargestellt, dass die bisher allein für Verträge über eine integrierte Versorgung bestehende Sonderregelung, nach der die Vertragspartner auf Grundlage des jeweiligen

Zulassungsstatus für die besondere Versorgung vereinbaren konnten, dass auch Leistungen über den Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers hinaus erbracht werden dürfen, für sämtliche nunmehr zusammengefassten besonderen ambulanten ärztlichen Versorgungsformen gelten. Dabei soll die besondere ambulante ärztliche Versorgung auch für die Beteiligung durch Krankenhäuser geöffnet werden, sofern die Beteiligung eines vertragsärztlichen Leistungserbringers besteht.

Klarestellt wird nunmehr für sämtliche besonderen Versorgungsformen, dass auch Leistungen in den Verträgen vereinbart werden können, die über den Leistungsumfang der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen. Explizit genannt werden als zulässige Leistungen solche, die nach § 11 Abs. 5 SGB V Gegenstand einer Satzungsleistung sein können, wie z. B. die Verordnungsfähigkeit nach § 34 Abs. 1 S. 1 SGB V vom Leistungsumfang der GKV grundsätzlich ausgeschlossener nicht verschreibungspflichtiger Arzneimitteln. Andere vom Versorgungsanspruch ausgenommene Arzneimittel wie etwa sogenannte Lifestyle-Arzneimittel (§ 34 Abs. 1 S. 8 SGB V) sind nach wie vor ausgenommen. Anders verhält es sich jedoch mit Leistungen der Früherkennung (§§ 25 und 26 SGB V), Leistungen der Psychotherapie und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt und auch Leistungen zur Einholung einer

unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung. Nicht Gegenstand einer besonderen Versorgung können die bereits vom GBA ablehnend bewerteten Leistungen sein. Von den Mindeststandards der Regelversorgung darf zum Schutz der Versicherten nicht abgewichen werden.

Die Krankenkassen können – wie bisher – ambulante ärztliche Versorgungsaufträge sowohl mit den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen als auch mit den dazu ermächtigten ärztlichen Leistungserbringern vereinbaren. Nicht in Frage als Vertragspartner kommen jedoch nicht zugelassene Leistungserbringer, deren Leistungen Gegenstand von Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V sein können.

Die besonderen Versorgungsformen müssen qualitätsgesichert und wirtschaftlich erbracht werden. Eine Vereinfachung erfolgt insoweit, dass der Nachweis der Wirtschaftlichkeit zukünftig erst nach vier Jahren und auch nur im Einzelfall nach Aufforderung der Aufsichtsbehörde erbracht werden muss. Innovative Versorgungskonzepte sollen dadurch gefördert werden, da letztlich auf eine längerfristige Wirtschaftlichkeitsperspektive abgestellt wird.

Hinsichtlich der Vergütung soll eine Bereinigung der Gesamtvergütung erfolgen. Wird ein Vertrag zur besonderen Versorgung geschlossen, nachdem die Versorgung direkt zwischen der Krankenkasse und dem Leistungserbringer/-gruppen organisiert und vergütet wird, muss die Gesamtvergütung bereinigt werden. Der Bewertungsausschuss wird damit beauftragt, Vorgaben zur pauschalen Ermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens, zu dessen Übermittlung an die Gesamtvertragspartner, zu dessen Anrechnung beim Aufsatzwert für den Behandlungsbedarf der betroffenen Krankenkasse sowie zur Höhe des Schwellenwerts, unterhalb dessen von einer basiswirksamen Bereinigung abgesehen werden kann, zu beschließen.

Hinsichtlich der erforderlichen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten der Versicherten bedarf es deren Einwilligung nach vorheriger Information, insbesondere die Aufklärung darüber, ob und in welchem Umfang Dritte im Rahmen der Durchführung der Verträge personenbezogene Daten der Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen.

Ob durch diese Neuregelung tatsächlich die erwünschte Entbürokratisierung und damit insbesondere auch verbunden der gewünschte weitere Wettbewerb erreicht werden kann, bleibt abzuwarten. Allerdings gibt der Gesetzgeber zu erkennen, dass er tatsächlich eine möglichst große Gestaltungsfreiheit annehmen will. Das Wirtschaftlichkeitsgebot soll zwar gelten. Zur Ankurbelung entsprechender besonderer Versorgungsformen wird jedoch eine Anlaufphase zugestanden. Es sollen Hemmnisse im Hinblick auf eine mögliche Anlaufphase und zu Beginn nicht bestehende Wirtschaftlichkeit abgebaut werden. Dies erscheint die wesentliche Neuerung in diesem Zusammenhang.

Teilnahme von Krankenhäusern und Hochschulambulanzen an der ambulanten Versorgung

Das GKV-VSG beinhaltet verschiedene Ansätze für eine weitergehende Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante und sektorenübergreifende Behandlung der Versicherten.

Für Krankenhausärzte und Krankenhausträger wurden im Zusammenhang mit der Entlassung der Patienten neue ambulante Verordnungs- und Kooperationsmöglichkeiten geschaffen. Soweit dies für die Versorgung der Versicherten nach der Entlassung erforderlich ist, können Krankenhausärzte in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen zukünftig aufgrund einer Neuregelung in § 39 SGB V Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Krankenhausträger können nach der Neuregelung im Rahmen des Entlass-Managements mit zugelassenen Ärzten, Medi-



Ihr Ansprechpartner:
Dr. Sarah Gersch
Fachanwältin für Medizinrecht

Telefon: +49 (40) 355 372 - 227
Telefax: +49 (40) 355 372 - 55227
E-Mail: gersch@cc-recht.de

zinsischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Ärzten und Einrichtungen vereinbaren, dass auch diese Aufgaben des Entlass-Managements wahrnehmen. Mit einer durch den Gesundheitsausschuss ein-

gefügten Klarstellung, nach der ein Zuweisungsverbot auch im Bereich des Entlass-Managements gilt, erfolgt zudem eine Reaktion auf ein BGH-Urteil aus dem Jahre 2014, mit dem der BGH entschieden hatte, dass die Regelungen zum Entlass-Management lex specialis zum apothekenrechtlichen Zuweisungsverbot sind.

Auch bei Vermittlung eines Termins über eine Terminservicestelle (§ 75 SGB V) nehmen Krankenhäuser zukünftig weitergehend an der ambulanten Behandlung teil (vgl. S 6). Ein Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus kann einem Patienten vermittelt werden, wenn er länger als vier Wochen auf einen Behandlungstermin warten muss und es sich nicht um eine verschiebbare Routineuntersuchung oder eine Bagatellerkrankung handelt. Für die in derartigen Fällen entstehende ambulante Behandlung im Krankenhaus gelten die Regelungen über die vertragsärztliche Versorgung.

Mit den weitergehenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten gehen für die Krankenhäuser die strengen vertragsärztlichen Kontrollmechanismen einher. Sowohl im Rahmen des Entlass-Managements als auch bei der Behandlung von Patienten nach Vermittlung eines Termins durch die Terminservicestellen werden Krankenhäuser zukünftig einer Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Prüfungsstellen unterzogen. In § 106 Abs. 5 SGB V wird geregelt, dass die Regelungen für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit auch für die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen gelten.

Im Rahmen der Notdienstversorgung trifft der Sicherstellungsauftrag weiterhin die Kassenärztlichen Vereinigungen, die hierzu jedoch Kooperationen mit zugelassenen Krankenhäusern eingehen können, die sodann zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

In § 116a SGB V, in dem derzeit geregelt ist, dass der Zulassungsausschuss zugelassene Krankenhäuser in Planungsbereichen, in denen eine Unterversorgung festgestellt wurde, auf Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen kann, wird das Wort „kann“ durch das Wort „muss“ ersetzt. Die Regelung wird geändert, weil von ihr derzeit wenig Gebrauch ge-

macht wird. Die Ermächtigung soll alle zwei Jahre überprüft werden.

Für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung in § 116b SGB V wird die Anforderung gestrichen, dass es sich um schwere Verlaufsformen handeln muss. Damit wird dem Kritikpunkt Rechnung getragen, dass ein früherer Zugang eines Patienten in eine spezialisierte Versorgung hilfreicher sein könnte als ein Zugang im Endstadium. Die Befristung für Altverträge bleibt erhalten. Die Altverträge sind nicht an schwere Verlaufsformen geknüpft und unterliegen anderen Qualitätskriterien.

Hochschulambulanzen werden zukünftig zur ambulanten Versorgung ermächtigt, sie sollen neben der Behandlung im Rahmen von Lehre und Forschung zukünftig auch die Untersuchung und Behandlung von Patienten mit schweren und komplexen Krankheitsbildern übernehmen. Der Leistungsumfang ist auf den für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang begrenzt. Aufgrund der Regelung ist eine Bereinigung der Gesamtvergütung in der ambulanten Versorgung vorgesehen.

Förderung von Praxisnetzen

Die Förderung von Praxisnetzen war bereits bislang möglich, mit dem VSG müssen gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden. Dies gilt allerdings nur für solche Praxisnetze, die von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt sind.



Ihr Ansprechpartner:
Stephan Gierthmühlen
Fachanwalt für Medizinrecht

Telefon: +49 (431) 6701 - 224
Telefax: +49 (431) 6701 - 55224
E-Mail: gierthmuehlen@cc-recht.de

Die Kriterien hierzu werden nun nicht mehr durch die KVen innerhalb der Rahmenvorgaben der KBV festgelegt. Vielmehr bestimmt die KBV diese Ziele im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Nach der Gesetzesbegründung sollen dabei insbesondere die Qualitätsanforderungen und Versorgungsziele berücksichtigt werden.

Es ist zu erwarten, dass sich diese Richtlinie, die spätestens 3 Monate nach Inkrafttreten des GKV-VSG vorliegen muss, weitgehend mit den aktuellen Rahmenvorgaben übereinstimmt. Voraussichtlich wird also auch künftig eine bestimmte Mindestgröße, bestimmte „Pflichtfachgruppen“ und ein adäquates Versorgungsgebiet ebenso Voraussetzung sein, wie eine bestimmte Organisations- und Managementstruktur. Ob die Details verändert werden, bleibt abzuwarten.

Als Versorgungsziele dürften auch weiterhin die Patientenzentrierung, die kooperative Berufsausübung und die verbesserte Effizienz bzw. die Prozessoptimierung im Vordergrund stehen.

CausaConcilio Koch & Partner Rechtsanwälte . Notare
PartR6 – AG Kiel - Ust-IdNr. DE 134833394
vertretungsberechtigte Gesellschafter:
Arne Bruns, Christian Gerds, Stephan Gierthmühlen, Dr.
Paul Harneit, Sven Hennings, Dr. Hans-Jürgen Kickler, Dr.
Steffen Klaus, Andreas Kühnelt, Axel Riefling, Dr. Thomas
Scharafat, Frank Schramm, Dr. Dirk Unrau

Sitz der Gesellschaft: Deliusstraße 16, 24114 Kiel
Sitz der Notare: Kiel

KIEL
Bei den Gerichten · Deliusstraße 16 · 24114 Kiel
Postfach 28 69 · 24027 Kiel
Telefon 0431/6701-0 · Telefax 0431/6701-599
kiel@cc-recht.de

HAMBURG
Neuer Wall 41 · 20354 Hamburg
Telefon 040/355372-0 · Telefax 040/355372-19
hamburg@cc-recht.de