


---

## Auswirkungen des TSVG auf die Vertrags- und Praxisgestaltung

**Dr. Sebastian Berg**  
Rechtsanwalt | Fachanwalt für Medizinrecht  
Zertifizierter Datenschutzbeauftragter

kwm - Kanzlei für Wirtschaft und Medizin  
Münster · Berlin  
0251 - 5359930  
030 - 2061433  
[www.kwm-rechtsanwaelte.de](http://www.kwm-rechtsanwaelte.de)

1

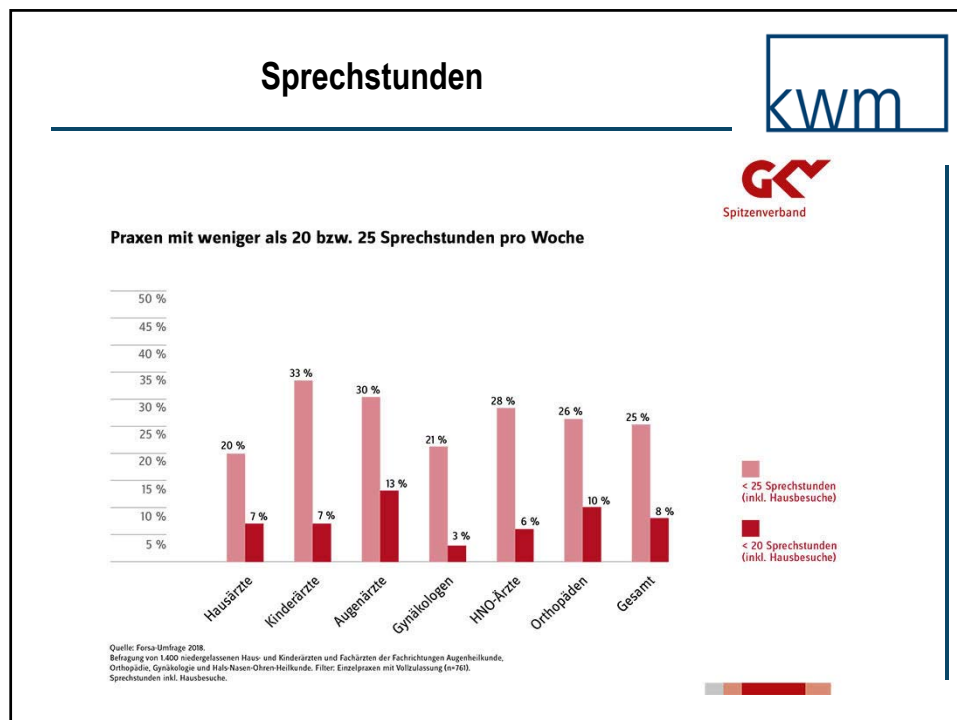


---

## Übersicht


1. (offene) Sprechstunden
2. Barrierefreiheit
3. Risiko: extrabudgetäre Vergütung
4. 3/4-Zulassungen
5. Anpassung der Bedarfsplanung
6. Neuerungen für MVZ
7. Verzicht zugunsten Zweigpraxis

2



3

### Sprechstunden



**Anzahl der Mindestsprechstunden** für GKV-Versicherte wird von 20 auf 25 Sprechstunden erhöht

**§ 19a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV:**

„Der Arzt ist verpflichtet, im Rahmen seiner vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen.“

- daneben **ab 01.09.2019** Verpflichtung für Ärzte der grund- und wohnortnahen Versorgung *mindestens* 5 Stunden als **offene Sprechstunden** anzubieten
- konkret betroffene Arztgruppen sind laut KBV und GKV-Spitzenverband:
  - Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurologen, Neurochirurgen, Orthopäden, Psychiater, Urologen
  - insbesondere Hausärzte und Kinderärzte sind ausgenommen

4

## Sprechstunden



### Anrechnung auf Mindestsprechstundenzeiten

- Haus- und Pflegeheimbesuchen (+)
- Sprechstunden aus hausarztzentrierter Versorgung sowie integrierter Versorgung (+)
- Zeiten ambulanter OPs (-)
- Einzelheiten der Anrechnung ist den BMV-Partnern vorbehalten

### Mindestsprechstundenzeiten auch für Methodenfächer?

- **Wortlaut** § 19a Abs.1 Satz 2 Ärzte-ZV (+), da keine Ausnahme
- **Sinn und Zweck** indes (-)  
Radiologie, Pathologie, Nuklearmedizin und Laboratoriumsmedizin haben keinen oder nur sehr geringen unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt  
→ besserer Zugang für GKV-Versicherte wird damit nicht erreicht
- **aber** Pflicht, für die **Beratung anderer Ärzte** erreichbar zu sein (BSG, 16.12.15)

5

## Sprechstunden



### Auswirkungen auf Anästhesisten?


- § 17 Abs. 1b BMV-Ä aF:  
„Absatz 1a gilt hinsichtlich des zeitlichen Umfangs nicht für Anästhesisten und Belegärzte.“
- Regelung im aktuellen BMV-Ä ersatzlos gestrichen

### Behandlung von PKV-Patienten während der Mindestsprechstundenzeiten?

- **M1: (-)**, da damit Verkürzung der GKV-Sprechstunden  
→ „Sprechstunden für gesetzlich Versicherte“ in § 19a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV
- **M2: (+)**, da Arzt nur „zur Verfügung stehen“ muss ≠ Exklusivität
- M2 vorzugswürdig, solange GKV-Schwerpunkt nicht zulasten der GKV-Versicherten ausgehöhlt wird
- PKV-Beimischung möglich, wenn GKV-Versicherte belastbaren Zugang erhalten

6

## Gestaltungsmöglichkeiten




---

### Verteilung der Mindestsprechstunden

- keine gesetzliche Vorgaben zur Verteilung unter der Woche
- Praxis kann dies zu üblichen Behandlungszeiten frei einteilen
  - Anrechnung von **Videosprechstunden**?
  - (-), § 17 Abs. 1a Satz 2 BMV-Ä:  
„Als Sprechstunden gelten die Zeiten, in denen der Vertragsarzt für die Versorgung der Versicherten **unmittelbar** zur Verfügung steht.“
  - Sprechstunden in **Zweigpraxis**?
  - (-), § 24 Abs. 2 Ärzte-ZV:  
„Der Vertragsarzt muss **am Vertragsarztsitz** seine Sprechstunde halten.“
- beim **Job-Sharing** müssen nur in der Summe 25 Sprechstunden geleistet werden; interne Verteilung ist egal
  - hier sind **Regelungen und klare Zuordnungen im BAG-Vertrag oder im Anstellungsvertrag** denkbar, wenn sich Senior entlasten möchte

7

## Gestaltungsmöglichkeiten




---

### Verteilung der offenen Sprechstunden

- in offenen Sprechstunden können auch reguläre Termine und TSS-Termine vergeben werden;  
Patienten ohne Termine müssen aber zum Zug kommen können
- Ablehnung aus Kapazitätsgründen im Übrigen möglich
- Behandlung von PKV-Versicherten?
  - Beimischung möglich, solange GKV-Versicherte das Angebot belastbar nutzen können
  - gilt insbesondere, wenn Angebot nicht voll angenommen wird
- 5 Stunden können auf die Woche verteilt werden, aber mindestens in Blöcken zu 30 Minuten
- Übernahme der Verpflichtung zu offener Sprechstunde durch **BAG-Partner oder Angestellten** ist zulässig!

8

**mittelbare Auswirkungen**



---


Erhöhung der Mindestsprechstunden von 20 auf 25  
↓  
Erhöhung der vertragsärztlichen Arbeitsbelastung um 25 %

**§ 20 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV:**  
„Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit steht der Eignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegen, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten.“

→ **Dauer zulässiger Nebentätigkeiten** werden sinken  
bzw. sind jenseits von 13 Stunden/Woche kaum noch begründbar

9

**mittelbare Auswirkungen**



---

Mindestsprechstunden bei halben Versorgungsauftrag: 12,5 Stunden  
↓  
auch in der Anstellung zu leisten

**§ 58 Abs. 2 Satz 3f. BPL-RL:**  
„Teilzeitbeschäftigte Ärzte sind bei der Feststellung des lokalen Versorgungsgrades der ambulanten Versorgung nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfanges in der ambulanten Versorgung zu berücksichtigen. Dabei gelten folgende Anrechnungsfaktoren:  
(...) **über 10 bis 20 Stunden pro Woche → 0,5 (...)**“

→ Zulassungsgremien (jedenfalls KVWL) fordern nunmehr unter Verweis auf die Mindestsprechstunden eine **wöchentliche Arbeitszeit von mindestens 12,5 Stunden**

→ BPL-RL läuft zumindest bei 10,5 bis 12 Stunden faktisch leer

10

## mittelbare Auswirkungen



### ! gilt entsprechend bei 1/4- und (3/4-)Arztstellen

→ in aktuellen Arbeitsverträge bei **Neuanstellung** berücksichtigen

→ **bestehende Arbeitsverträge** und -verhältnisse anpassen?

drohende Sanktionen (Honorarkürzung, Zulassungsentzug)

vs.

Bestandskraft des Genehmigungsbescheids

### § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X:

„Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, **ist** der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben.“

→ muss dann aber auch **erst** vom ZA veranlasst werden!

11

## Übersicht



1. (offene) Sprechstunden
2. **Barrierefreiheit**
3. Risiko: extrabudgetäre Vergütung
4. 3/4-Zulassungen
5. Anpassung der Bedarfsplanung
6. Neuerungen für MVZ
7. Verzicht zugunsten Zweigpraxis

12

## Barrierefreiheit



### § 4 Abs. 1 Satz 3 BPL-RL:

„Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung behinderter Menschen ist bei der Bedarfsplanung vor allem im Hinblick auf Neuzulassungen die Barrierefreiheit besonders zu beachten.“

### § 26 Abs. 4 Nr. 3 BPL-RL:

„Über Anträge auf (Neu-)Zulassung entscheidet der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Regelungen: (...)

3. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

(...)

– Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung.“

→ **Mietvertrag** und Standortwahl gewinnt an Bedeutung;  
bei **Verhandlung bzw. Gestaltung** des Mietvertrages berücksichtigen

13

## Übersicht



1. (offene) Sprechstunden
2. Barrierefreiheit
3. **Risiko: extrabudgetäre Vergütung**
4. ¾-Zulassungen
5. Anpassung der Bedarfsplanung
6. Neuerungen für MVZ
7. Verzicht zugunsten Zweigpraxis

14

## Vergütungsanreize TSS



- volle **extrabudgetäre Vergütung** jedes Behandlungsfalls, der über die Terminservicestelle (TSS) vermittelt wurde
- Praxen kennzeichnen für die Abrechnung den (sofern vorhanden) Überweisungs- oder Originalschein mithilfe der Praxissoftware als „TSS-Terminfall“

### ab 01.09.2019 weitere ergänzende Zuschläge:

extrabudgetärer Zuschlag (via neuer GOPs im EBM) auf die Grund- bzw. Versichertenpauschale je nach Wartezeit bei TSS-Patienten:

- 50 %: Termin innerhalb von 8 Tagen und bei Akutfällen
- 30 %: Termin innerhalb von 9 bis 14 Tagen
- 20 %: Termin innerhalb von 15 bis 35 Tagen

15

## weitere Vergütungsanreize TSVG



### Behandlung neuer Patienten

- bei Aufnahme neuer Patienten werden alle Leistungen des Behandlungsfalls **extrabudgetär** vergütet
- bei Ärzten der Grundversorgung bzw. unmittelbaren Versorgung
  - betroffene Arztgruppen durch KBV und GKV-Spitzenverband festgelegt
  - ausgenommen sind: Anästhesisten, die keine schmerztherapeutische Behandlung durchführen, Humangenetiker, Labormediziner, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen und Radiologen
- **Neupatient** = noch nie oder in den letzten zwei Jahren nicht in der Praxis zur Behandlung gewesen

### Offene Sprechstunde

- extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall

16



## weitere Vergütungsanreize



### Terminvermittlung durch Hausarzt

- Vermittlung eines dringenden Termins beim Facharzt durch den Hausarzt
- Hausarzt stellt dem Patienten eine entsprechende Überweisung aus

#### seit 11.05.2019:

- volle **extrabudgetäre Vergütung** des Behandlungsfalls für weiterbehandelnden **Facharzt**
- Facharzt kennzeichnet für die Abrechnung den Überweisungsschein mithilfe der Praxissoftware als „HA-Vermittlungsfall“

#### ab 01.09.2019:

- **Hausärzte** erhalten für die erfolgreiche Vermittlung eines Facharzttermins **10 Euro** extrabudgetär
- hierzu wird neue GOP in den EBM aufgenommen

17

## Risiko der extrabudgetären Anreize



### § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V:

„Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die **morbiditätsbedingte Gesamtvergütung** in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, **begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen.**“

### → Bereinigung der Gesamtvergütung

- Gesamtvergütung wird (zunächst) nicht erhöht
- jegliche extrabudgetäre Vergütung schmälert daher die zu verteilende Restvergütung und damit die **Fallwerte**

18

## Risiko der extrabudgetären Anreize



### Bereinigung der Gesamtvergütung

- ist aber ein gewollter Anreiz des Gesetzgebers hin zu TSS, schnelle Vermittlung und Behandlung, offener Sprechstunde, etc.
- einzige Ausnahme: extrabudgetäre *Zuschläge* zum TSS-Patientenfall  
→ sind von Bereinigung ausgenommen
- im Übrigen verbleibt **Differenzvorteil**  
→ MGV wird um budgetierten Euro-Wert der Leistung bereinigt  
→ ausgezahlt wird aber der volle unbudgetierte Euro-Wert

19

## Risiko der extrabudgetären Anreize



### Bereinigung gilt nur im ersten Jahr!

**ab 2021:** komplette Entbudgetierung bei den betroffenen Leistungen

- Krankenkassen übernehmen vollumfänglich Mehrleistungen und Mehrpatienten
- nach den Bereinigungsquartalen sind dies tatsächlich Einzelleistungen
- werden von den Krankenkassen zusätzlich zur MGV mit dem tatsächlichen Preis vergütet

**aA:** Bereinigungssumme aus erstem Jahr wird beibehalten;  
aber keine Anpassung, auch falls extrabudgetäre Leistungen steigen

20

## Risiko der extrabudgetären Anreize



### CAVE: Bereinigung der RLV-Fallzahl bleibt!

- **KV BaWü:** „In Folgequartalen werden die extrabudgetären Fälle nicht für die Bemessung Ihrer RLV-relevanten Fallzahl herangezogen, sodass sich diese reduziert.“
  - **KV Nordrhein:** „Fälle, die im Rahmen einer TSVG Konstellation abgerechnet werden, bleiben bei der Ermittlung des RLV unberücksichtigt, da das RLV ab dem Quartal 3/2019 auf Basis der aktuellen Fallzahl ermittelt wird. Die Leistungen der TSVG-Konstellationen werden außerhalb des RLV extrabudgetär vergütet.“
- RLV-Budget der Praxis wird um die extrabudgetären Fälle bereinigt
- selbst wenn sich ab 2021 die Fallwerte stabilisieren, sinken die abrechenbaren **Fallzahlen** der Praxis

21

## Gestaltungsmöglichkeiten



### → faktisch oder via Gesellschafterbeschluss:


- im ersten Jahr / bis Ende 2020 genau so wie bisher weiterarbeiten
- natürlich unter Beachtung der Vorgaben zu Mindestsprechstunden, offenen Sprechstunden, TSS-Fällen, etc.
- aber nicht übermäßig für extrabudgetäre Abrechnung labeln bzw. genau gegenrechnen
- eventuelle Anpassungen für die Zeit danach vorbereiten

### → falls Tätigkeit unter HVM mit **Fallzahlzuwachsbegrenzung**

- Beispiel KV Berlin: 2 % ggü. Vorjahresquartal (§ 9 Abs. 3 HVM)
- dann auch ab 2021 Fälle nicht extrabudgetär labeln
- sinkende RLV-Fallzahl kaum wieder aufzuholen
- oberstes Ziel: hohe RLV-Budget konstant halten

22

## Übersicht




---

1. (offene) Sprechstunden
2. Barrierefreiheit
3. Risiko: extrabudgetäre Vergütung
4. **3/4-Zulassungen**
5. Anpassung der Bedarfsplanung
6. Neuerungen für MVZ
7. Verzicht zugunsten Zweigpraxis

23

## 3/4-Zulassungen



---

**§ 19a Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV:**  
„Der Arzt ist berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte **oder drei Viertel** des Versorgungsauftrages nach Absatz 1 Satz 1 zu beschränken.“  
→ damit voller, 3/4 und 1/2-Sitz möglich; nicht aber 1/4-Sitz

**Ausnahme via § 27 Abs. 1 Ärzte-ZV?**  
„Der Zulassungsausschuss hat von Amts wegen über die vollständige Entziehung der Zulassung oder die **Entziehung** der Hälfte oder **eines Viertels der Zulassung** zu beschließen, wenn die Voraussetzungen nach § 95 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gegeben sind.“  
→ 1/2-Sitz auf 1/4-Sitz disziplinarisch reduzieren lassen?  
→ wohl (-), da laut Begründung des Gesetzentwurfs dies eine redaktionelle Anpassung als Reaktion auf den 3/4-Sitz darstellt

24

## 3/4-Zulassungen



### Ausnahme via § 103 Abs. 3a Satz 1, 2 SGB V?

„Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, entscheidet der Zulassungsausschuss auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben, ob ein Nachbesetzungsverfahren nach Absatz 4 für den Vertragsarztsitz durchgeführt werden soll. **Satz 1 gilt auch bei Verzicht auf die Hälfte oder eines Viertels der Zulassung** oder bei Entziehung der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung; (...)“

- 1/4-Zulassung muss also ausgeschrieben werden
- daraus folgt aber noch nicht die spätere Zulassung eines 1/4-Vertragsarztes
- Zulassungsausschuss entscheidet in zweitem Schritt über Zuordnung der 1/4-Zulassung

25

## 3/4-Zulassungen



### Ausschreibung von Vertragsarzt- und Psychotherapeutenstellen in Westfalen-Lippe

Oktober 2019

#### **Wichtiger Hinweis für die Bewerbung auf einen Viertel-Versorgungsauftrag:**

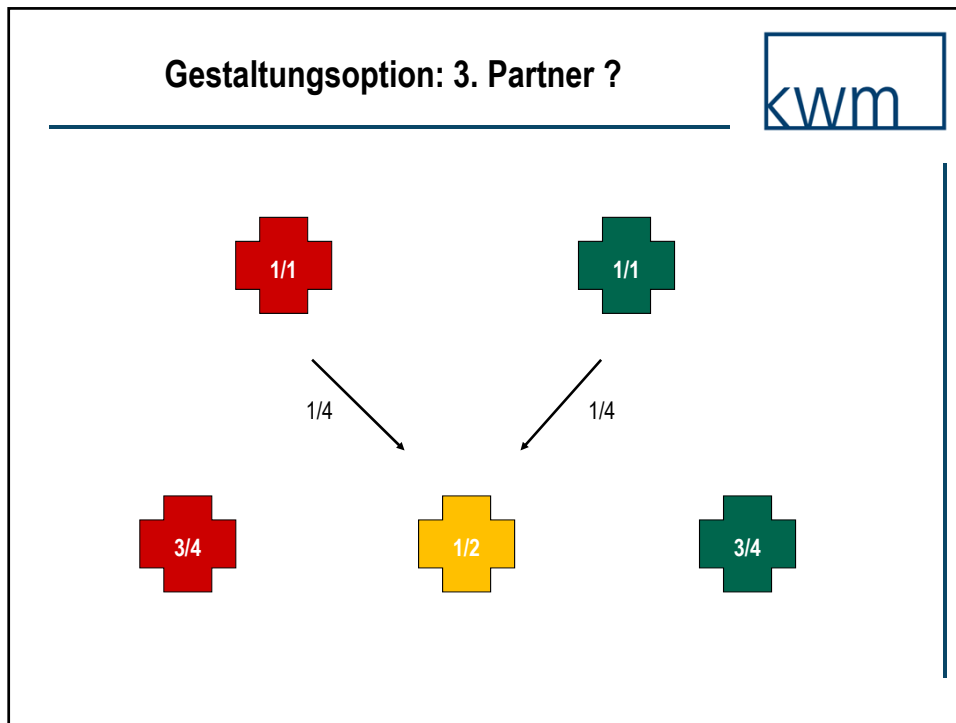
Auf einen ausgeschriebenen Versorgungsauftrag mit dem Faktor 0,25 können sich bewerben:

- ein Vertragsarzt / Psychotherapeut, welcher bereits mit dem Faktor 0,5 oder 0,75 zugelassen ist, zum Zwecke der Erhöhung des Versorgungsauftrages
- ein Vertragsarzt / Psychotherapeut oder ein MVZ zum Zwecke der Anstellung eines Arztes mit dem Faktor 0,25
- ein Vertragsarzt/ Psychotherapeut oder ein MVZ zum Zwecke der Erhöhung des Beschäftigungsumfanges eines bereits angestellten Arztes

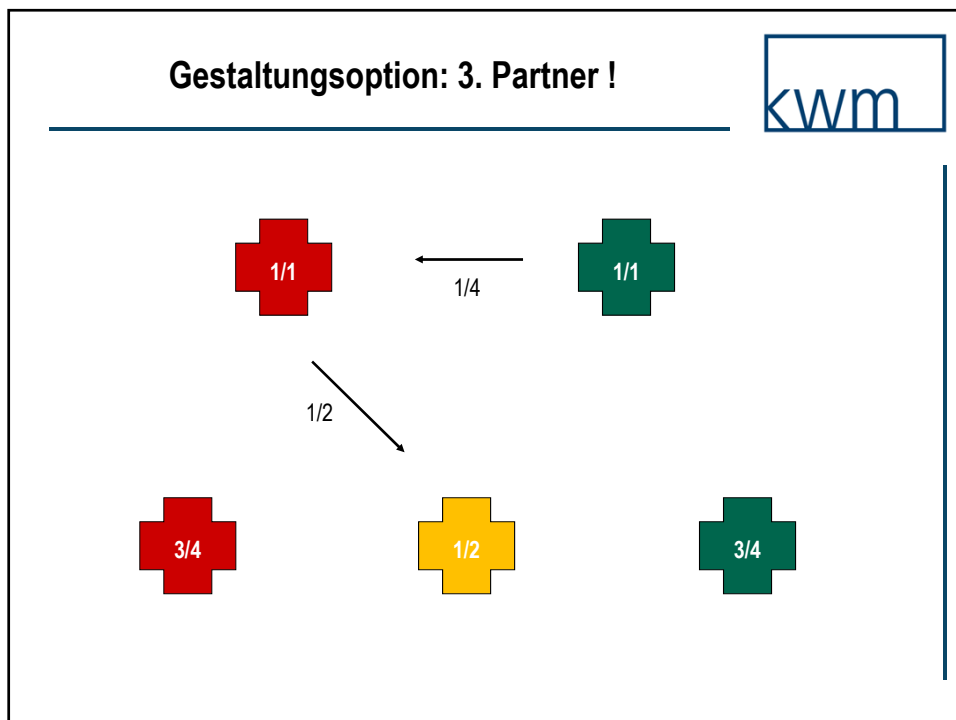
Es ist nicht möglich, eine Zulassung mit einem Viertel-Versorgungsauftrag zu beantragen.

**Entsprechende Ausschreibungen sind rot markiert.**

26



27



28

## 3/4-Zulassungen



### § 32b Abs. 5 Ärzte-ZV:

„Auf Antrag des Vertragsarztes ist eine nach Absatz 2 genehmigte Anstellung vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht; (...)“

- **Wortlaut** noch nicht bzgl.  $\frac{3}{4}$ -Zulassungen angepasst
- Rückumwandlung von Angestelltengenehmigungen damit nur bzgl.  $\frac{1}{2}$  und vollem Versorgungsauftrag
- nach **Sinn und Zweck** ist aber auch  $\frac{3}{4}$ -Umwandlung möglich
  
- beantragen und Reaktion des ZA abwarten
- falls Praxisübertragungssituation:  
**Anpassungsklausel** für Kaufpreis und/oder **Rücktrittsmöglichkeit**

29

## Übersicht



1. (offene) Sprechstunden
2. Barrierefreiheit
3. Risiko: extrabudgetäre Vergütung
4.  $\frac{3}{4}$ -Zulassungen
5. **Anpassung der Bedarfsplanung**
6. Neuerungen für MVZ
7. Verzicht zugunsten Zweigpraxis

30

## Anpassung der Bedarfsplanung



- TSVG erteilt GBA Auftrag, die geltenden Verhältniszahlen zu überprüfen und Planungsinstrumente weiterzuentwickeln
- Verteilung der Ärzte soll kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler werden
- GBA ist überarbeitet Bedarfsplanungs-Richtlinie unter dem 16.05.2019

### neue Niederlassungsmöglichkeiten / freie Sitze

- derzeit bundesweit rund 3.440 offene Niederlassungsmöglichkeiten
- mit Umsetzung der neuen BP-RL (bis 31.12.2019 auf KV-Ebene) können bundesweit **3.470 neue Sitze** entstehen, davon
  - 1.446 Hausärzte
  - 776 Psychotherapeuten
  - 476 Nervenärzte und
  - 401 Kinder- und Jugendärzte

31

## Anpassung der Bedarfsplanung



### Festlegung von Unterquoten bei Fachinternisten

- bislang eine einheitliche Beplanung aller Fachinternisten
- nun Mindest- und Maximalquoten
- Ziel: (einzig) Anpassung der Binnenstruktur;  
nicht hingegen Vergrößerung oder Verkleinerung der Fachgruppe insgesamt,  
Arzt-Einwohner-Relation bleibt gleich / keine Differenzierung
- **Mindestquoten** bei Rheumatologen: 8 %  
(ggf. Erhöhung auf 10% in 5 Jahren)
- **Maximalquoten** bei ausgewählten Fachinternisten:
  - Kardiologen: 33 %
  - Gastroenterologen: 19 %
  - Pneumologen: 18 %
  - Nephrologen: 25 %

32



## Neuzulassung & Maximalquote



→ Quoten entfalten Wirkung bei Nachbesetzung und Neuzulassung

### Neuzulassung & Maximalquote

→ Neuzulassung trotz Entsperrung bei Erreichen der Maximalquote nicht möglich  
**§ 95 Abs. 2 Satz 9 SGB V:**

„**Anträge auf Zulassung** eines Arztes und auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum **sind abzulehnen, wenn** bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind oder der Zulassung oder der Anstellungsgenehmigung **Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen.**“

33

## Neuzulassung & Mindestquote



**Was kann man tun, wenn Mindestquote nicht erreicht wird?**

**Möglichkeit 1:** Mindestquote im Nachbesetzungsverfahren sukzessive erhöhen → hierzu später mehr

**Möglichkeit 2:** § 101 Abs. 1 Satz 14 SGB V

„Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt, ob die nach Satz 8 festgelegten Mindestversorgungsanteile im Fall der Überversorgung auch durch **Erteilung zusätzlicher Zulassungen und Anstellungsgenehmigungen** aufzufüllen sind.“

→ damit doch Anpassungen jenseits der Binnenstruktur!

34

## Neuzulassung & Mindestquote



### § 25a BPL-RL:

„Ordnet der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung an, **hat der Zulassungsausschuss** nach Maßgabe der vom Landesausschuss für den jeweiligen Versorgungsanteil nach § 25 Absatz 1 Nummer 4 und Absatz 2, § 12 Absatz 5 und **§ 13 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1** festgestellten nicht ausgeschöpften Zahlen an Ärzten **Zulassungen für Ärzte zu erteilen**. Der Zulassungsausschuss entscheidet nach Maßgabe der Regelungen in § 26.“

### § 13 Abs. 6 Satz 1 Nummer 1 BPL-RL:

„Es ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 8 Prozent der regionalen Verhältniszahl der Fachinternisten den Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie vorbehalten ist. (...)“

35

## Neuzulassung & Mindestquote



→ damit **Neuzulassung trotz Sperre für Rheumatologen**, falls Mindestquote nicht erreicht ist!

→ gilt ebenso für die Quoten bei **Nervenärzten** nach § 12 Absatz 5 und Quoten bei **Psychotherapeuten** nach § 25 Absatz 1 Nummer 4 und Absatz 2 BPL-RL

Dementsprechend ordnen **§ 95 Abs. 2 Satz 10 und Abs. 9 Satz 1 SGB V** an:

„Abweichend von Satz 9 ist einem **Antrag trotz** einer nach § 103 Absatz 1 Satz 2 angeordneten **Zulassungsbeschränkung stattzugeben**, wenn mit der Zulassung oder Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden.“

„(...); hiervon abweichend ist eine **Anstellungsgenehmigung trotz** einer angeordneten **Zulassungsbeschränkung zu erteilen**, wenn mit der Anstellung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden.“

36

## Nachbesetzung & Mindestquote



### § 103 Abs. 3a Satz 3 SGB V:

„Der Zulassungsausschuss kann den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; **dies gilt nicht, (...) sofern mit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden.**“

→ kein Entzug, falls Mindestquote nicht erreicht ist, selbst falls Praxis nicht versorgungsrelevant ist

! also **Hinweis an ZA bereits beim Antrag auf Ausschreibung**, dass Bewerber aus Mindestquotenbereich kommt und Quote noch nicht erreicht ist

z.B. falls man eine schwache kardiologische Praxis an einen rheumatologischen Bewerber übertragen möchte...

37

## Nachbesetzung & Maximalquote



→ **Nachbesetzung möglich**, trotz Überschreiten der Quote, **falls** Nachbesetzung grundsätzlich erforderlich ist und **fachgleich** nachbesetzt wird

vgl. § 103 Abs. 3a Satz 3 SGB V und § 13 Abs. 6 BPL-RL  
(Beispiel Kardiologie):

„Es ist sicherzustellen, dass bei Zulassung und Nachbesetzung eines Fachinternisten ein **Versorgungsanteil in Höhe von 33 Prozent** der regionalen Verhältniszahl der Fachinternisten von den Fachärzten für Innere Medizin und Kardiologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie **nicht überschritten wird. Bei der Nachbesetzung gilt dies nur, sofern** es sich bei dem abgebenden Vertragsarzt nicht um einen Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie handelt.“

→ also keine Änderung des Schwerpunktes möglich, falls Maximalquote (+)

38

## Nachbesetzung & Maximalquote



! Systematik gilt auch für **Fachinternisten ohne Schwerpunkt**, die aber „über einen **hinreichend langen Zeitraum überwiegend** Leistungen, die einem Schwerpunkt zugeordnet sind“, erbracht haben  
(vgl. tragende Gründe zum GBA-Beschluss vom 16.05.2019, S. 12)

→ vor Nachbesetzung und Vertragserstellung prüfen und auslegen...

! **schwerpunktfreier Fachinternist** (auch ohne tatsächlichen Schwerpunkt)

→ keine Nachbesetzung an Internisten mit überschrittener Maximalquote

→ Abgabe an Internist ohne Schwerpunkt möglich

- also notfalls auf Führen des Schwerpunktes verzichten, falls Maximalquote überschritten?
- Reaktion des ZA auch wegen Verhältnis zu möglicher hausärztlicher Versorgung, § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 SGB V ?

39

## Nachbesetzung & Maximalquote



### Fachverschiedene Nachbesetzung

- möglich, solange nicht Maximalquote des Bewerbers erreicht
- sodann gelten Auswahlkriterien zwischen allen Bewerbern nach **§ 103 Abs. 4 Satz 5 SGB V** und das Mitspracherecht der BAG-Partner aus **§ 103 Abs. 6 Satz 2 SGB V**
- falls Mindestquotenbewerber und Quote nicht erreicht, ist dieser vorrangig zu berücksichtigen, da „Quotenregelungen zu beachten“ laut **§ 16 BPL-RL**

### Offene Fragen

- Kollision von Mindestquote und Wunsch der BAG-Partner
- Kollision von Mindestquote und „Privilegierungen“ nach § 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 4 bis 6 SGB V (5-Jahre-Landarzt, Ehepartner, Kind, langjähriger Angestellter oder BAG-Partner)

40

## Nachbesetzung & Maximalquote



### Auswirkungen auf Vertragsgestaltung

- **Praxisübernahme:** idR reicht übliche Bedingung bzgl. Nachfolgezulassung
  - ggf. Rücktrittsrecht bei Änderung der Planzahlen oder bei Mindestquotenmitbewerber?
  - ggf. Anpassungsklausel bei Änderung GBA-Quoten
- **Sonderfall Übernahme im Wege der Anstellung:** hierzu spätere Folie
- **BAG-Verträge:** Abfindungsklauseln anpassen
  - einerseits Abfindung nur, wenn bzw. in dem Umfang, in dem Nachbesetzung möglich
  - andererseits Mitwirkung der übrigen Gesellschafter bzgl. fachgleicher bzw. möglicher Nachbesetzung; sonst Ausgleichsverpflichtung denkbar

41

## Nachbesetzung & Maximalquote



Quotenregelung auch bzgl. **Nachbesetzung von Anstellungsgenehmigungen** verbindlich?

### § 95 Abs. 2 Satz 9 f. SGB V und § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V

- jeweils Verweis, dass eine Anstellungsgenehmigung trotz einer angeordneten Zulassungsbeschränkung zu erteilen ist, wenn mit der Anstellung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden

### ABER

- in **§ 103 Abs. 4a Satz 5 SGB V** (Nachbesetzung im MVZ) und **§ 103 Abs. 4b Satz 4 SGB V** (Nachbesetzung beim Vertragsarzt) aber gerade kein Verweis auf § 101 Abs.1 Satz 8 **[jetzt eingefügt im MDK-ReformG]**
- vielmehr: „Nachbesetzung der Arztstelle / eines angestellten Arztes möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind“
- ist **lex specialis** zu § 95 SGB V

42

## Nachbesetzung & Maximalquote



### § 16 BPL-RL:

„Im Falle der Praxisnachfolge gilt, dass (...). Die Quotenregelungen gemäß §§ 12 Abs. 5, 13 Abs. 6 und 25 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 2 sind zu beachten.“

- § 16 BPL-RL gilt eigentlich nur bei Praxisnachfolge
- **letztlich dennoch bei Anstellung anwendbar**  
(vgl. BSG, Urt. V. 28.09.2016, Az.: B 6 KA 40/15 R)

**Ergebnis** bei Nachbesetzung von Anstellungsgenehmigungen:

- **fachgleiche Nachbesetzung** möglich
- **fachverschiedene Nachbesetzung**
  - nur möglich, falls Maximalquote des Nachfolgers noch nicht erreicht ist
  - stets möglich, wenn für den fachverschiedenen Nachfolger eine noch nicht erreichte Mindestquote spricht
  - im nicht-quotenrelevanten Bereich wie bisher möglich

43

## Nachbesetzung & Maximalquote




### Gedanken zur Vertragsgestaltung

- bei Verzicht zugunsten Anstellung oder Nachbesetzung mit Inhaber kein Regelungsbedarf, da fachgleiche Anstellung
- es sei denn, falls zeitnahe Wechsel des Angestellten und der Fachrichtung geplant
  - hier Risikoverteilung und Regelungen wie bei Verzicht und 3-Jahre-Systematik denkbar, also insbesondere (volle) Kaufpreiszahlung erst bei späterer Nachbesetzung
  - letztlich aber eine Verhandlungsfrage bzgl. Risikoverteilung
- bei direktem Wechsel der Fachrichtung durch neuen Angestellten im Wege des Nachbesetzungsverfahrens
  - idR reicht übliche Bedingung bzgl. Anstellungsgenehmigung
  - ggf. Rücktrittsrecht bei Änderung der Planzahlen oder Anpassungsklausel bei Änderung der Quoten durch GBA

44

## Übersicht




---

1. (offene) Sprechstunden
2. Barrierefreiheit
3. Risiko: extrabudgetäre Vergütung
4.  $\frac{3}{4}$ -Zulassungen
5. Anpassung der Bedarfsplanung
6. **Neuerungen für MVZ**
7. Verzicht zugunsten Zweigpraxis

45

## Gründungsvoraussetzungen MVZ



---

§ 95 Abs. 1a Satz 3 SGB V:

- eine **Träger-GmbH** kann mehrere MVZ tragen
- es ist nicht je MVZ ein neue Träger-GmbH erforderlich

§ 95 Abs. 1a Satz 1 iVm § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V:

- **anerkannte Praxisnetze** als neuer Gründertypus
- damit mittelbar Gründungsmöglichkeit auch für nichtärztliche Leistungserbringer
- nicht auf Gebiete mit (drohender) Unterversorgung beschränkt

§ 95 Abs. 1a Satz 2 SGB V:

- Gründung von MVZ durch **Dialyseeinrichtung** nur noch mit Fachbezug
- umfasst jedenfalls: Hausarzt, Internist, Urologe, Kardiologe, Radiologe
- daneben denkbar: Kinderärzte, Chirurgen

46

## Einschränkungen Z-MVZ



### § 95 Abs. 1b SGB V:

- zugelassene Krankenhäuser dürfen Z-MVZ nur noch im Rahmen planungsbereichsbezogener Höchstquoten gründen
- Zahl zulässiger Angestelltingenehmigungen damit kontingentiert

### Kontingentierung – bei MVZ-Gründung und späterer Erweiterung:

- Regelfall: 10 % aller Sollzahl-Zahnarztstellen je KH-Träger
- Unterversorgung (ZA-Sollzahl im Planungsbereich < 50 %): 20 %, wenigstens aber 5 Zahnarztstellen (Vertrags-ZA oder Anstellungen)
- Überversorgung (ZA-Sollzahl im Planungsbereich > 110%): 5 %

### CAVE: keine „Gleitzone“ bei Prozentsätzen!

- kippt schnell, wahrscheinlich wohl auch im Rahmen eines einheitlichen Antrags für mehrere Anstellungsanträge (anteilige Genehmigung bis zur Grenze der Überversorgung)

47

## Einschränkungen Z-MVZ



! zur Bestimmung der prozentualen Versorgungsgrade kommt es nicht auf den Zeitpunkt der Antragsstellung an, sondern auf den **Zeitpunkt der letzten Behörden- bzw. Gerichtsentscheidung**

### Gedanken zur Vertragsgestaltung:

#### Kaufvertrag

- übliche Bedingungen bzgl. bestandskräftiger Zulassung MVZ und Genehmigung der Anstellung(en)
- Kaufpreisanpassung, falls MVZ nicht mit allen Anstellungen gegründet wird
- ggf. Rücktrittsrechte für MVZ und Abgeber

#### Anstellungsverträge (für Abgeber und weitere ZÄ)

- übliche Bedingungen, vgl. oben
- ggf. Rücktrittsmöglichkeiten oder Junktim mit Kaufvertrag

48



## angestellte MVZ-Gesellschafter



### § 95 Abs. 6 Satz 5 SGB V:

„Die Gründungsvoraussetzung nach Absatz 1a Satz 1 liegt weiterhin vor, sofern angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile der Ärzte nach Absatz 1a Satz 1 oder der Ärzte nach Satz 4 übernehmen und solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind; die Übernahme von Gesellschafteranteilen durch angestellte Ärzte ist jederzeit möglich.“

- „schlichte“ Angestellte (ohne Gründereigenschaft) können Gesellschaftsanteile und damit Gründereigenschaft von Gründern übernehmen
- gilt ggü. angestellten Gründern und zugelassenen Gründern
- Gründereigenschaft nur für konkretes MVZ
- Gründereigenschaft nur für die Dauer der Anstellung im MVZ

→ bei **Vertragsgestaltung** in MVZ-Nachfolgeregelungen und bzgl. der Dauer der Gesellschafterstellung berücksichtigen

49

## Offene Fragen



### Übernahme *aller* Gesellschaftsanteile oder auch nur anteiliger Anteile eines Gesellschafters erforderlich?

- einerseits Wortlaut § 95 Abs. 6 Satz 1 1. Hs. SGB V:  
„**die** Gesellschafteranteile der Ärzte“ werden übernommen
  - andererseits Wortlaut § 95 Abs. 6 Satz 1 2. Hs. SGB V:  
„Übernahme **von** Gesellschafteranteilen ist **jederzeit** möglich“
  - zudem Sinn und Zweck:  
Gesetzgeber will Flexibilität und „Partner-Track“ ermöglichen, nicht nur beim Ausscheiden eines Gesellschafter, sondern eben „jederzeit“
- Spruchpraxis der Zulassungsgremien abwarten und ggf. MVZ-Verträge (regional) anpassen (Aufnahme neuer Partner, Nachbesetzung, Abfindung)

50

## Offene Fragen



### Vorherige Anstellung im MVZ erforderlich?

- einerseits Wortlaut § 95 Abs. 6 Satz 1 1. Hs SGB V:  
„**angestellte** Ärzte übernehmen die Gesellschafteranteile der Ärzte“
  - ebenso Wortlaut § 95 Abs. 6 Satz 1 2. Hs SGB V:  
„Übernahme von Gesellschafteranteile durch **angestellte** Ärzte“  
→ bestehende Anstellung wird also sprachlich vorausgesetzt
  - andererseits ist vorherige Anstellung *uno acto* (bzw. logische Sekunde vorher) zusammen mit Aufnahme als MVZ-Gesellschafter durch ZA möglich
  - hierfür spricht auch Sinn & Zweck der Regelung: Flexibilität, Nachfolgeplanung
- Spruchpraxis der Zulassungsgremien abwarten und ggf. MVZ-Verträge (regional) anpassen (Aufnahme neuer Partner, Nachbesetzung, Abfindung)

51

## Offene Fragen



### Spätere Übertragbarkeit dieser neuen Gründereigenschaft?

- einerseits Wortlaut § 95 Abs. 6 Satz 1 1. Hs. SGB V:  
nur Verweis auf „Gesellschafteranteile der Ärzte nach Absatz 1a Satz 1 oder der Ärzte nach Satz 4“, nicht auf Anteile nach „Absatz 6 Satz 1“
  - andererseits Sinn und Zweck der Neuregelung insbesondere Erhalt des Bestand des MVZ  
→ Gesetzgeber will Wegfall der Gründungsvoraussetzungen durch Ausscheiden der „Gründerväter und -mütter“ verhindern  
→ keine bloße Vertagung mit Verlagerung des Problems auf „Gründerkinder“
- sollte sich dennoch erste Auffassung durchsetzen: MVZ-Verträge anpassen
- insbesondere bzgl. Nachfolge und Abfindung
  - ggf. „workaround“ aufnehmen: Rückumwandlung in Zulassung und Verpflichtung zu späterem Verzicht

52

## Übersicht



1. (offene) Sprechstunden
2. Barrierefreiheit
3. Risiko: extrabudgetäre Vergütung
4.  $\frac{3}{4}$ -Zulassungen
5. Anpassung der Bedarfsplanung
6. Neuerungen für MVZ
7. **Verzicht zugunsten Zweigpraxis**

53

## Verzicht zugunsten Zweigpraxis



### § 103 Abs. 4a Satz 3 SGB V:

„Der Arzt kann in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden medizinischen Versorgungszentrums in einem anderen Planungsbereich liegt.“

### § 103 Abs. 4b Satz 3 SGB V:

„Im Fall des Satzes 1 kann der angestellte Arzt in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden Vertragsarztes in einem anderen Planungsbereich liegt.“

### § 24 Abs. 3 Satz 4 Ärzte-ZV:

„Eine Verbesserung der Versorgung nach Satz 1 Nummer 1 kann auch darin bestehen, dass eine bestehende Praxis am ursprünglichen Vertragsarztsitz als Zweigpraxis weitergeführt wird.“

→ bedarfsplanungsneutrale Fortführung als Zweigpraxis indes **nur bei Verzicht zugunsten Anstellung, nicht im Wege des Nachbesetzungsverfahrens**

54

## Offene Fragen



### Bindung der KV an die Entscheidung des ZA?

- parallel zur Anstellung muss auch Zweigpraxis genehmigt werden
  - Wortlaut des § 24 Abs. 3 Satz 4 Ärzte-ZV spricht gegen Bindungswirkung:  
„Eine Verbesserung der Versorgung *kann* auch darin bestehen, (...)“
  - KV hat also weiterhin ein auszuübendes Ermessen
- in **Vertragsgestaltung** (Kaufvertrag und Anstellungsvertrag) also weiterhin Bedingungen bzgl. der Genehmigung der Anstellung durch den ZA **und** der Genehmigung der Zweigpraxis durch die KV aufnehmen
- im Vorfeld schriftliche Zusicherung der KV für Zweigpraxisgenehmigung unter der Bedingung der Anstellungsgenehmigung seitens ZA einholen

55

## Offene Fragen



### Ausschließliche Tätigkeit in Zweigpraxis?

#### M1:

- ausschließliche Tätigkeit am Standort erforderlich
- nur so Wahrung der Bedarfsplanungsneutralität
- muss im Anstellungsvertrag so geregelt sein, um Zulassung zu erhalten

#### M2:

- Ausschließlichkeit bezieht sich einzig auf die Bedarfsplanung
- Neutralität wäre auch gewahrt, falls gelegentliche Tätigkeit am Hauptstandort wie im Rahmen einer üBAG

- falls sich M1 (regional) durchsetzt: ausschließliche Tätigkeit am Zweigpraxisstandort im **Anstellungsvertrag** festschreiben

56

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**



57