

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

Eine Analyse
& Meinung des BMVZ e.V.
Stand: 2. Mai 2024

Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V.

Bundesverband MVZ e.V.
Schumannstraße 18
10117 Berlin

Kontakt:

BMVZ-Geschäftsstelle
gf.assistenz@bmvz.de

Tel.: 030 – 270 159 50

Fax: 030 – 270 159 49

www.bmvz.de

Inhaltsübersicht

Seite 2 Allgemeine Bemerkung
& weiterführende Anmerkungen

Detailanmerkungen

Seite 3 § 81 SGB V |
Digitale & hybride Sitzungen der KV-Gremien
+ Exkurs: schriftliche Beschlussfassung in Zulassungsausschüssen

§ 87 SGB V |
Jährliche Vorhalte- & Versorgungspauschalen der Hausärzte

Seite 4 § 95 Absatz SGB V |
Bürgerschaftshöhe bei MVZ

Seite 5 *+ Exkurs:* Genehmigungsfähigkeit von Zweigpraxen / Koalitionsvertrag

Seite 6 § 96 SGB V |
Landesbehörden im Zulassungsverfahren
+ Exkurs: Herstellung von Gleichförmigkeit in Zulassungsverfahren

Allgemeine Bemerkung

- 1) **Angesichts der schwierigen und langwierigen** Entstehungsgeschichte des vorliegenden Gesetzesentwurfes ist zunächst festzustellen, dass aufgrund der Streichung (fast) aller auf die kommunalen Akteure zielenden Strukturreneuerungen, im Ergebnis ein reines Artikelgesetz vorgelegt wurde.
- 2) **Vor diesem Hintergrund umfasst der Änderungsentwurf** zahlreiche Einzelaspekte und -änderungen, von denen viele den engeren Themenkreis unserer Arbeit *nicht* berühren; zu denen wir uns also einer Stellungnahme enthalten. Im Weiteren gibt es Änderungen, die in der vorgeschlagenen Form unsere ungeteilte Zustimmung finden. Aus Gründen der allseitigen Ressourceneffizienz verzichten wir nachfolgend auf die Aufzählung dieser von uns begrüßten Aspekte, und beschränken uns darauf, diejenigen Punkte hervorzuheben, bei denen die Pläne u.E. nicht eindeutig genug oder missverständlich ausgestaltet sind, oder wo wir zusätzlichen Änderungsbedarf sehen.

Vorab verweisen wir jedoch auf zwei weiterführende, wichtige Anmerkungen.

A) Ärztliche MVZ-Betreiber stärken / Ärztliche Gründungen erleichtern

Bekanntermaßen fordert der BMVZ im MVZ-Kontext, den Fokus stärker auf ärztliche Inhaber:innen zu setzen und zugunsten dieser Trägergruppe klarstellende und vereinfachende Änderungen des SGB V vorzunehmen. Ziel sind Gesetzesänderungen, die den langfristigen Erhalt von MVZ-Strukturen in ärztlicher Hand sicherstellen, und mit denen auch die Weitergabe an angestellte Kollegen grundsätzlich gesichert werden kann. Dafür sehen wir mehrere, nebeneinander wirksame Ansätze, deren übergeordnetes Ziel ist, die nicht sachgerechte Zwangsverknüpfung von vertragsärztlicher Tätigkeit und MVZ-Inhaberschaft zu lösen und gleichzeitig den Kreis der infrage kommenden Nachfolger im eigenen Unternehmen zu erweitern. Wesentlich dafür wäre es, die seit 2015 gegebene, aber dysfunktional gestaltete Möglichkeit, Gesellschafteranteile von MVZ an angestellte Ärzte des eigenen MVZ übertragen zu können, praxistauglich weiterzuentwickeln.

Wir halten dieses Thema für wichtig, geeignet und passend, um in den weiteren Beratungen zum GVSG Berücksichtigung zu finden. Im Minimum sollte das vom Bundessozialgericht mit seiner Rechtsprechung vom Januar 2022 ausschließlich für Ärzt:innen aufgebaute Gründungshindernis durch Klarstellung des gesetzgeberischen Willens zugunsten ärztlicher MVZ-Inhaber:innen beseitigt werden (*BSG B 6 KA 2/21 R* | Unvereinbarkeit von Inhaberstellung und Anstellung).

B) Strukturtransparenz schaffen / Arztregister um Strukturangaben erweitern

Bereits im November 2022 hat das Bundesministerium für Gesundheit einen ausführlichen Entwurf zur Überarbeitung der Zulassungsverordnung Ärzte/Zahnärzte vorgelegt. Ziel war, die überkommenen und in Teilen schlichtweg überalterten Vorschriften für die vertragsärztliche Versorgung zu modernisieren. Ein Anliegen, das nach unserer Kenntnis, von zahlreichen Akteuren des Gesundheitswesens voll mitgetragen und unterstützt wurde. Leider sind seit dem darauf bezogenen Stellungnahmeverfahren keine weiteren (öffentlichen) Schritte erfolgt.

Ein zentraler Kernpunkt dieses Entwurfes war die Zusammenführung des (Zahn-)Arztregisters mit den ohnehin nur theoretisch getrennten Registern der angestellten wie der ermächtigten (Zahn-)Ärzte zu einem umfangreichen Versorgungsregister, mit dem auch Strukturaspekte erfasst und sichtbar gemacht würden. Ein Vorschlag, der u.a. vom BMVZ

ausdrücklich begrüßt wurde, da es sich um eine folgerichtige Konsequenz und zwingende Notwendigkeit aus der sich ändernden ambulanten Versorgungslandschaft handelt.

Nach unserem Dafürhalten sollte dieses Projekt ebenfalls Berücksichtigung in den weiteren Beratungen zum GVSG finden. Die Schaffung von Transparenz über die vertragsärztlichen Strukturen inkl. der vielfältigen Erscheinungsformen von MVZ, üBAG, Praxen mit angestellten Ärzten u.v.m. duldet keinen weiteren Aufschub.

Detailanmerkungen

Nr. 7 | § 81 SGB V | digitale und hybride Sitzungen der KV-Gremien

- 3) **Das Anliegen, das unbedingte Erfordernis** von Präsenzsitzungen abzuschaffen, ist sinnvoll und zweckmäßig. Allerdings wird zu bedenken gegeben, dass die im Entwurf gewählte konkrete Formulierung, wonach die Regelung KV-Gremien und Ausschüsse gemäß KV-Satzungsrecht adressiert, ausgerechnet die wichtigen Berufungs- und Zulassungsausschüsse nicht erfasst. Deren Rechtsgrundlage ist gerade nicht KV-Satzungsrecht, sondern findet sich in den §§ 96 und 97 SGB V – ausgestaltet durch die §§ 34 und 35 ZV-Ärzte. Aus diesem Grund halten wir eine Überarbeitung der vorgesehenen Änderung im Sinne einer Erstreckung der Regelung auf die genannten Ausschussarten für dringend nötig.
- 4) **Exkurs**
Um daneben die Zulassungsausschüsse weiter zu entlasten, regen wir an, zusätzlich in bestimmten vertragsärztlichen Angelegenheiten rein schriftliche Verfahren zu ermöglichen. Dies mit der geplanten digitalen Flexibilisierung des Sitzungsgeschehens zu verbinden, scheint uns sinnvoll.
- 5) **Konkret geht es um die zahlreichen Verfahren**, bei denen die Ausschüsse lediglich administrativ tätig werden. Dies betrifft (fast) alle Genehmigungsprozesse rund um die Anstellung von Ärzten - insbesondere soweit es sich um bloße Veränderungen einer bestehenden Anstellung oder um die Nachbesetzung einer Angestelltenstelle mit bereits im Arztregister eingetragenen Ärzten handelt. Weitere Anwendungsfälle sind denkbar, da es sich bei einer Vielzahl der ZA-Angelegenheiten um sogenannte 'gebundene Entscheidungen' handelt, die folglich ohnehin rein nach Aktenlage entschieden werden und keiner Beratung im Rahmen einer förmlichen Sitzung bedürfen.
- 6) **Von einer auf diesem Wege erreichten Verfahrensbeschleunigung** würden letztlich Patienten, Antragsteller und Zulassungsausschüsse gleichermaßen profitieren. Von daher unterstützen wir jeden in diese Richtung gehenden und letztlich auf Abbau unnötiger Sitzungsbürokratie zielenden Vorstoß.

Nr. 8 | § 87 SGB V | Jährliche Vorhalte- & Versorgungspauschale Hausärzte

- 7) **Dem Grundgedanken, über eine Reform der Struktur** der hausärztlichen Vergütungsziffern eine stärker an das tatsächliche Betreuungsgeschehen einer Praxis orientierte Honorierung einzuführen, können wir durchaus Positives abgewinnen. Mit etwas patientenfokussierter, statt arztzentrierter Fantasie bietet der an die Partner des Bewertungsausschusses gerichtete Auftrag dieser Änderungsvorschrift daher für uns erkennbar gute Chancen, für die ärztliche Grundversorgung künftig sinnvolle Anreize zu setzen.
- 8) **Allerdings liegen Chancen und Risiken** in dieser Frage äußerst nah beieinander. Eine

wesentliche Herausforderung wird sein, die zahlreichen atypischen Hausarztpraxen, die in Fallzahl, Patientengut und Abrechnungsverhalten eher einer spezialisierten Facharztpraxis ähneln, gleichrangig zu berücksichtigen, um Verwerfungen zu vermeiden, die unzweifelhaft eintreten, wenn deren Spezifika vom Bewertungsausschuss nicht besondere Berücksichtigung fänden. Aus diesem Grund sollte bereits die Gesetzesregelung entsprechende Vorgaben vorsehen.

- 9) **Insofern scheint es uns wichtig, als Basis** nachzuforschen, inwieweit sich hinter den 35 % Patienten, für die das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung (Zi) kürzlich Mehrfach-Hausarztkontakte angab, Praxen verbergen, die der hausärztlichen Versorgung zugerechnet werden, aber eigentlich spezialisierte (Fach-)Versorger bspw. für Rheuma, Diabetes, Schmerzmedizin, etc. sind und auch so abrechnen. Solche aus Patientensicht äußerst wichtigen Anlaufstellen bekämen mit einer undifferenzierten Reform zugunsten hausärztlicher Grundversorger ein ernsthaftes Problem und die Versorgung damit eine unnötige Sollbruchstelle. In dem Zusammenhang muss auch der Aspekt, dass im Regelfall nur ein Hausarzt jährlich die geplanten Pauschalen abrechnen können soll, überdacht werden. Im Minimum müssen a) parallel die Versichertenpauschale abrechenbar bleiben und b) die Ausschlüsse der im selben Abrechnungsfall ansetzbaren Ziffern generell in den Blick genommen werden.
- 10) **Zu problematisieren wären auch** – im Besonderen im MVZ-Kontext – die Folgen des Behandlungsfallbezugs, der für beide Pauschalen im Gesetzesentwurf vorgesehen wird. Bekanntermaßen ergibt sich aus diesem innerhalb der RLV-Systematik seit 2009 eine systematische Minderhonorierung kooperativer Versorger, zu deren Ausgleich zwar der sogenannte Kooperationszuschlag eingeführt wurde. Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass dieser Ausgleich nur höchst unvollständig erfolgt und seit 2012 KV-regional sukzessive abgeschmolzen wurde und dadurch größtenteils – unabhängig von der jeweiligen MVZ-Größe - äußerst restriktiv begrenzt ist.
- 11) **Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen** sehen wir uns gezwungen darauf zu dringen, dass bei dieser Gesetzesänderung festgelegt wird, dass (fachübergreifende) Kooperationen bei den vom Bewertungsausschuss zu findenden Regelungen sowohl theoretisch als auch praktisch nicht benachteiligt werden dürfen. Dies hat besondere Relevanz für Pädiater im selben MVZ, die ebenfalls zum hausärztlichen Versorgungsbereich zählen, die von diesem Änderungsprojekt also voll mitbetroffen wären. Insgesamt sollte bei den Pauschalen nicht nur, aber auch aus diesem Grund bereits im Normtext des SGB V auf den Fachgruppenfall anstelle der Behandlungsfallorientierung abgestellt werden. | → [Pointiertes Hintergrundwissen zur Fallzählungsproblematik](#)

Nr. 13 | § 95 Absatz 2 | Bürgschaftshöhe bei MVZ GmbH

- 12) **Der Vorschlag, die Bürgschaftshöhe** auf ein je MVZ GmbH passgenaues Maß zu begrenzen, justiert in sinnvoller Weise bei den Betriebserfordernissen nach. Damit wird sowohl für die MVZ als auch für die Zulassungsausschüsse eine deutliche Verfahrenserleichterung geschaffen, ohne dass damit eine reelle Verschlechterung der Haftungsansprüche von Kassen und KV einhergeht. Diese Art normativer Pragmatismus ist sehr zu begrüßen und wäre auch in anderen Kontexten des MVZ-Betriebs wünschenswert.
- 13) **Allerdings sollte mit Blick auf kommunale MVZ** und ihre grundsätzlichen Schwierigkeiten bei der Abgabe solcher Bürgschaften eine Bestandsschutzregelung ergänzt werden. Dies für den Fall, dass im regionalen Setting aktuell zwischen KV, ZA und MVZ eine Bürgschaftshöhe und -art vereinbart wurde, die von der künftig von K(Z)BV und

GKV-Spitzenverband zu definierenden Rahmenvorgabe abweicht. Ziel ist, das Damoklesschwert für Bestands-MVZ mit kommunalen Trägern zu verhindern, wegen dieser Änderung mit den für den Stadt- oder Gemeindehaushalt zuständigen Parlamenten in Nachverhandlungen gehen zu müssen. Aufgrund der bis heute geringen Gesamtzahl kommunaler MVZ, ist die Zielgruppe einer solchen Bestandsschutzregelung zwar denkbar klein, für die einzelne betroffene Kommune aber unverzichtbar.

14) **Exkurs**

An dieser Stelle möchten wir ergänzend auf den geltenden Koalitionsvertrag verweisen, mit dem vereinbart wurde: *"Die Gründung von kommunal getragenen Medizinischen Versorgungszentren und deren Zweigpraxen erleichtern wir und bauen bürokratische Hürden ab."*

15) **Die vorgesehene Regelung erfüllt** diese Vorhaben nur zum Teil. Dabei wären Erleichterungen bei der Zulassung von Zweigpraxen im Sinne einer Entbürokratisierung gerade auch aus versorgungspraktischer Perspektive erforderlich. Die geltenden Regelungen orientieren sich spürbar und aus historisch nachvollziehbaren Gründen an der Einzelpraxis und sind daher für kooperative Strukturen mit mehreren Standorten schlichtweg weder passend noch zeitgemäß.

16) **Einer Klarstellung bedarf es zunächst wegen** der widersprüchlich gelebten Sprechpraxis einzelner KVen und Zulassungsausschüsse bezüglich der Bedingung der Versorgungsverbesserung. Hier sollte eindeutig geregelt werden, dass der Grundsatz gemäß § 24 Absatz 3 Satz 4 ZV-Ärzte, wonach eine Verbesserung der Versorgung auch darin bestehen könne, dass eine bestehende Praxis am ursprünglichen Vertragsarztsitz nach Sitzeinbringung als Zweigpraxis unverändert weitergeführt wird, nicht nur innerhalb desselben Planungsbezirkes, sondern allgemein - also auch über Planungsbereichs- und KV-Grenzen hinweg - gilt. Aus für uns nicht nachvollziehbaren Gründen verweigern sich einige Zulassungsausschüsse dieser eigentlich zwingenden Auslegung der erst mit dem TSVG eingeführten Klarstellung.

17) **Im Weiteren wird auf die im MVZ-Kontext** gerade in ländlichen Bereichen häufig versorgungsfeindliche Regelung hingewiesen, wonach der überwiegende Teil der Sprechstunden am Praxissitz (=Hauptbetriebsstätte) stattfinden müsse. Zwar handelt es sich dabei um eine Vorschrift aus dem Bundesmantelvertrag-Ärzte – jedoch könnte eine übergeordnete Vorschrift Abhilfe schaffen, in dem dieser Aspekt der Regelungskompetenz der Bundesmantelvertragspartner entzogen wird. Hintergrund ist, dass diese Vorschrift zwar bezogen auf die Einzelpraxis durchaus sinnvoll ist, um ein kleinteiliges Aufspalten der Sprechstundenzeit eines einzelnen Arztes entgegen zu wirken. Bei BAG und MVZ dagegen, wo zulässigerweise ganze oder halbe Versorgungsaufträge mit Ärzten, die auch ausschließlich in der Zweigstelle tätig werden können, besetzt werden, stößt die Sinnhaftigkeit dieser Vorschrift regelmäßig an ihre Grenzen. Die Option, etwa ein zweites, kleines MVZ zu gründen, kommt dabei vor allem für kommunale Träger häufig nicht in Frage und ist zudem dort keine Lösung, wo lediglich ein einzelner ganzer oder halber Sitz am weiteren Ort weiter betrieben werden soll.

18) **Insbesondere kleine(re) MVZ der Grundversorgung** in strukturschwachen Regionen werden – dafür gibt es ein Reihe von Präzedenzfälle - dadurch unnötig, und zu Lasten der wohnortnahen Versorgung gezwungen, neu übernommene Praxen am Hauptsitz zu zentralisieren, statt als Zweigstelle am bisherigen Ort weiterzuführen. Dies ist nicht nur patientenfeindlich, sondern überfordert nicht selten auch die räumlichen Gegebenheiten der Hauptbetriebsstätte. Daher sollte unter Abschaffung der bestehenden

50plus-Regelung stattdessen der Mindestversorgungsumfang einer Zweigstelle definiert werden. So kann dem gewollten Ziel, eine zu starke Aufspaltung von Sprechstundenzeiten in zu kleine Einheiten zu verhindern, Rechnung getragen werden, ohne jedoch, da wo nötig und sinnvoll, die Bildung flächiger Filialstrukturen zu behindern.

- 19) **Im Dritten ist in der Rechtsprechung** ein Problem zu erkennen, die immer wieder die Genehmigungsfähigkeit von Zweigstellen an zeitgebundene Erreichbarkeiten, bzw. Entfernungsangaben koppelt. Häufig wird ein 30-Minuten-Maß herangezogen. Gedanklicher Ursprung ist auch hier die Einzelniederlassung und die Vorgabe, dass ein Vertragsarzt am Vertragsarztsitz erreichbar sein muss. Soweit aber Zweigstellen von MVZ und BAG beantragt werden, in denen von vornherein ein Arzt ausschließlich tätig werden soll, und/oder wo eine Fachrichtung in der Zweigstelle angeboten wird, die nicht Teil des Sprechstundenangebots am Hauptstandort ist, verliert diese Vorgabe jeglichen Sinn. Sie ist daher klarstellend aufzuheben.

Nr. 14 | § 96 SGB V | Landesbehörden im Zulassungsverfahren

- 20) **Die geplante Erweiterung der Rechte** der Landesbehörden wird als unsachgemäß und nicht zielführend abgelehnt. Der in der Gesetzesbegründung beschriebene Fakt, dass die Landesbehörden von ihren bisher bereits bestehenden umfangreichen Informations- und Mitspracherechten schon keinen Gebrauch machen, belegt hinreichend, dass es für eine Ausweitung dieser Rechte kaum Gründe gibt. Auf der anderen Seite würde die geplante Einvernehmensregelung, die fast alle vertragsärztlichen Verfahren betreffen soll, die Entscheidungen für die betroffenen Antragsteller noch schwerer berechenbar machen, als sie es ohnehin schon sind.
- 21) **Exkurs**
Darüber hinaus sollte bei allen Zulassungsverfahren eine gewisse Gleichförmigkeit der Rahmenbedingungen angestrebt werden. Eine solche ist aufgrund der KV-bezogenen Organisationskompetenz derzeit nicht ansatzweise gegeben.
- 22) **So tagen Zulassungsausschüsse je nach Region** mit einer Frequenz zwischen wöchentlich und einmal im Quartal. Hinzu kommen häufig formal durch die KV gesetzte Fristerfordernisse, wonach die vollständigen Anträge mehrere Wochen vor einer Sitzung einzureichen sind. In der Kombination dieser Umstände kommt es in Gebieten mit nur selten tagenden Zulassungsausschüssen allein aufgrund dieser Verfahrensorganisation immer wieder zu Unterbrechungen der Versorgung, die weder im Interesse der Patienten noch der Praxen, respektive MVZ liegen.
- 23) **Von daher sollte normativ eine gewisse Vereinheitlichung** der Sitzungsfrequenz im Sinne eines Minimums festgelegt sowie die maximal zulässige Antragsfrist bundesweit auf vier Wochen beschränkt werden. Dem selben Ziel – sprich: um im Sinne der Versorgungsstabilität zeitnah Verbindlichkeit in Zulassungsfragen zu erhalten - dient unsere Forderung, die Zulassungsausschüsse zu verpflichten, erteilte Bescheide innerhalb eines Monats nach Sitzung schriftlich zuzustellen. Andernfalls sollte von einer Genehmigungsfiktion ausgegangen werden können.
- 24) **Grundsätzlich möchten wir in** diesem Kontext auf die Notwendigkeit hinweisen, die oft langwierigen Zulassungsverfahren bürokratisch zu vereinfachen und auch dadurch zeitlich zu verkürzen. Ein relevanter Beitrag dazu wäre die unter den Randnummern 4 bis 6 bereits ausgeführte Anregung, das Sitzungserfordernis für die zahlreichen Beschlussverfahren, die ohnehin rein aktegebunden beschieden werden, aufzuheben und stattdessen für diese Anlässe ein schriftliches Verfahren einzuführen.