

Terminservice- und Versorgungsgesetz – Eine Betrachtung aus medizinrechtlicher Sicht

6. Saarländischer Medizinrechtstag 16.11.2019



Themenblöcke:

1.

Erweiterung der wöchentlichen Mindestsprechstundenzeiten i.R.d. allgemeinen Versorgungsauftrages

2.

Grundzüge der neuen Bedarfsplanung und ausgewählte Fragen zum Nachbesetzungsverfahren bei Internisten

Erweiterung der wöchentlichen Mindestsprechstundenzeiten i.R.d. allgemeinen Versorgungsauftrages

Erweiterung der Sprechstundenzeiten – Rechtslage vor TSVG

- Verknüpfung Zulassung und allg. Versorgungsauftrag (§§ 95 Abs. (3) SGBV und § 19a Abs. 2 Satz 1 i.V.m. Abs. 1 Ärzte-ZV)
- Präsenzpflicht „... am Vertragsarztsitz seine Sprechstunde halten.“ (§ 24 Abs. 2 Ärzte-ZV)
- keine konkrete Mindestsprechstunde auf Gesetzes- oder VO-Ebene
- Verknüpfung zwischen allg. VersA und Mindestsprechstundenzeiten (§ 17 Abs. 1a BMV):
 - 20 h/Woche für vollen VA, 10 h/Woche für halben VA
 - nicht für Belegärzte und - nicht ausschl. schmerztherapeutische - Anästhesisten (§ 17 Abs. 1b BMV)
 - dgg. nicht für Fächer ohne direkten Patientenkontakt: Präsenzpflicht für evtl. Rückfragen (BSG, Urteil v. 16.12.2015, B 6 KA 19/15 R)

Rechtslage seit Inkrafttreten des TSVG

- Festlegung der Mindestsprechstundenzeiten durch Gesetzgeber in Ärzte-ZV
(§ 19a Abs. 1 Sätze 2 und 4) → keine eigene Regelungskompetenz der Partner des BMV mehr für zeitl. Mindestumfang der SprSt (§ 19a Ärzte-ZV → § 17 Abs. 1a BMV)
- Möglichkeit der Reduzierung des VA auch auf **dreiviertel** (statt $\frac{1}{2}$)
(vgl. § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV)

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

„Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag nach Satz 2 gelten die ... Sprechstundenzeiten jeweils anteilig.“
→ bei halbem VersA 12,5 h/Woche, bei dreiviertel VersA 18,75 h/Woche

Begriff „Sprechstunde“ I

- Inhaltlich: „Als Sprechstunden gelten die Zeiten, in denen der Vertragsarzt für die Versorgung der Versicherten unmittelbar zur Verfügung steht“ § 17 Abs. 1a Satz 2 BMV n.F.
- Örtlich: „Der sich aus der Zulassung ergebende Versorgungsauftrag ist dadurch zu erfüllen, dass der Vertragsarzt **an allen zugelassenen Tätigkeitsorten** persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich zur Verfügung steht“ § 17 Abs. 1a Satz 2 BMV n.F.
→ vorher nur „an seinem Vertragsarztsitz“ § 17 Abs. 1 Satz 1 BMV a.F.
- Persönlich: Privilegierung der Belegärzte und Anästhesisten (≤ § 17 Abs. 1b BMV a.F.) nicht in Ärzte-ZV übernommen
→ „redaktionelles Versehen“? wohl (-)

Begriff „Sprechstunde“ II

- „*unmittelbar zur Verfügung stehen*“ > „sprechen“
- Untersuchungen (+)
- ambulante operative Leistungen (+)
- besondere vertragsärztliche Versorgungsformen wie HZV, IV (+)
- Hausbesuche (+)
 - „*Besuchszeiten sind auf die Sprechstundenzeiten nach Satz 2 anzurechnen*“ (**§ 19a Abs. 1 Satz 5 Ärzte-ZV**)
 - Auftrag an BMV-Partner: Detailregelung bis 31.08.2019, bis dato noch nicht umgesetzt (**vgl. § 17 Abs. 1a BMV**)

Begriff „Sprechstunde“ III

Keine SprStZ sind:

- Dokumentation und sonstige Verwaltungsarbeiten (-)
- organisierter Notfalldienst (-)

Pflicht zur Ankündigung von Sprechstunden auf Praxisschild § 17 Abs. 1 Satz 1 BMV

- angekündigte SprStZ ≠ Mindest-SprStZ in GKV (und ≠ Praxisöffnungszeiten), denn
 - umfassen Privatpatienten (anders als Mindest-SprStZ)
 - umfassen nicht Besuchszeiten (anders als Mindest-SprStZ)

Offene Sprechstunde

- Seit 01.09.2019 verpflichtend für fachärztliche „grundversorgende wohnortnahe Patientenversorgung“ (§ 19a Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV i.V.m. § 17 Abs. 1a Satz 3 BMV)

Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO, Hautärzte, Urologen, Kinder- und Jugendpsychiater, Neurologen / Nervenärzte, Neurochirurgen, Orthopäden, Psychiater

- mindestens 5 h/Woche, Anrechnung auf 25 h Mindestsprechstunden/Woche
- Pflicht zur Meldung an die KV (vgl. Sonderrundschreiben Nr. 2 und Nr. 4 der KV Saarland)
- Patienten brauchen keine Überweisung

Angestellte Ärzte

- Erstmalige Klarstellung: Mindestsprechstundenzeiten gelten „entsprechend“ auch für AAe § 17 Abs. 1b BMV neu
- „unter Berücksichtigung des vom ZA genehmigten Tätigkeitsumfangs“
d.h. wohl: gestaffelt nach Anstellungsfaktor gem. BPRL
 - Faktor 1,0 bei > 30 h/Woche Arbeitszeit \leq 25 Mindestsprechstunden
 - Faktor 0,75 bei > 20 h/Woche \leq 18,75 MSprSt
 - **Faktor 0,5 bei > 10 h/Woche \leq 12,5 MSprSt** (> Mindestwochenstunden)
 - **Faktor 0,25 bei \leq 10 h/Woche \leq 6,25 MSprSt** (> Mindestwochenstunden)
- Pflicht trifft wohl anstellenden L.-Erbringer, nicht angestellten Arzt selbst
- daher These: Wenn Zeiten analog BAG (vgl. Schiller, Kommentar zum BMV-Ä, § 17 Rn 8) von L.-Erbringer sicherzustellen sind statt von aA persönlich
→ Anstellung mit nur 5 h/Woche grds. weiterhin möglich!
- nota bene: anders die zu erwartende **Praxis der ZAe**

Überwachung

- KV hat „insbesondere“ anhand von Fallzahlen und EBM-Prüfzeiten Einhaltung zu überwachen § 95 Abs. 3 Satz 4 SGB V
- Prüfkriterien bis dato von KVen selbst festgelegt
- Jetzt bundeseinheitliche Vorgaben, sollten bis 31.08.2019 in BMV umgesetzt werden → bisher (-)
- Bei Verstößen abgestuftes Sanktionsverfahren: Von der Aufforderung zur Erhöhung der SprStZ bis teilweise Zulassungsentzug

Sanktionsmechanismen § 19a Abs. 4 Ärzte-ZV

- Bei Unterschreiten von MSprStZ in „*mindestens*“ zwei aufeinanderfolgenden Quartalen,
 - hat KV ihn aufzufordern, entweder Stunden zu erhöhen oder VersA zu beschränken
 - unter Hinweis auf drohende Sanktionen
- Bei fortgesetztem Unterschreiten trotz Fristsetzung durch KV binnen Frist weder erhöht noch Rechtfertigungsgründe genannt → Honorar zu kürzen (aber wie??)
- erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken gegen Honorarkürzung: Ermächtigungsgrundlage? Bestimmtheitsgrundsatz? (vgl. hierzu Ladurner, MedR 2019, 444)
- Unterschreitet Arzt weiterhin oder wiederholt, ist Zulassung - teilweise oder vollständig - zu entziehen (§§ 19a Abs. 6, 27 Ärzte-ZV)

Grundzüge der neuen Bedarfsplanung und ausgewählte Fragestellungen zur Nachbesetzung internistischer Sitze

Alte Rechtslage (01.01.2013 bis 29.06.2019)

- Aufteilung in 4 Versorgungsebenen § 5 BPRL a.F.
mit unterschiedl. räuml. Planungsbereichen ⇌ Raumordnungsregionen § 7
 1. hausärztliche,
 2. allgemeine fachärztliche,
 3. spezialisierte fachärztliche +
 4. gesonderte fachärztliche Versorgung
- Aufteilung der 4 Ebenen in Arztgruppen angelehnt an „Gebiete“ der WBO § 6
- für jede Arztgruppe (§§ 11- 14) Basis-Verhältniszahl
= „Arzt/Einwohner-Schlüssel“ § 8
- modifiziert durch Demografiefaktor, § 9 → Versorgungsgrad der Arztgruppe im Pl.-Bereich

Neue Rechtslage (seit 30.06.2019)

- Änderungen der **BPRL** durch Beschluss des GBA v. 16.05.2019 (+ Ergänzung v. 20.06.2019):
 - Festlegung neuer allg. Verhältniszahlen für alle Arztgruppen **§§ 11-14 BPRL**
 - Korrektiv: Morbiditätsfaktor § 9 BPLR → „*regionale Verhältniszahl*“ für Arztgruppen
 - Festlegung von Mindest- und Höchstversorgungsanteilen **§§ 12, 13, 25 BPLR**
- **§ 101 Abs. 1 Satz 8 SGB V**
„(Der GBA) kann innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder **Schwerpunktkompetenzen** differenzierte **Mindest- oder Höchstversorgungsanteile** ... festlegen.“
- Anlehnung an Mindestversorgungsquoten für ärztliche PsychTh und KJP
(§ 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V i.V.m. § 25 Abs. 1 BPRL a.F.)

Mindest- und Höchstversorgungsanteile

Sinn und Zweck: gezieltere Versorgungssteuerung

- Verfeinerung der Bedarfsplanung (insbes. in heterogenen Arztgruppen)
- Beseitigung von Unterversorgung in einzelnen Fachgebieten / Schwerpunkten
- Eindämmung des Aufkaufs von Sitzen zur „Umwidmung“ (ohne Bezug zur Versorgungssituation der bisherigen Praxis), keine Verdrängung kleinerer SP

vgl. BT-DS 19/6337 (S. 120), „Tragende“ Gründe zur Änderung der BPRL v. 16.05.2019 (S. 11f)

Festlegung von Versorgungsanteilen für:

- **Psychotherapeutische Versorgung:** ärztl. PT mit weiterer Mindestquote von 50 % für FÄe für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vgl. § 25 Abs. 2 BPRL
- **Nervenärzte:** je 50 % für Neurologen und psychiatr. Fächer sicherzustellen + Mindestquote 25 % für Doppelqualifikation vgl. § 12 Abs. 5 BPRL mit Berechnungsbeispielen
- **Fachärztl. Internisten:** Mindest- bzw. Höchstquoten für 5 SPe vgl. § 13 Absatz 6 BPLR

Quoten in Schwerpunkt- / FA-Kompetenzen Innere Medizin

§ 13 Abs. 6 Nrn.1 und 2-5 BPLR

Facharzt für Innere M. und Rheumatologie

- **Mindestquote von 8 %** (Anhebung auf 10 % bis 31.12.2024 „angestrebt“)
- Bei Unterschreiten: **freie Sitze** vgl. § 95 Abs. 2 Satz 10 SGB V, § 25a Satz 1 BPLR
Vergabe wohl wie bei Teilentsperrung (Ausschreibung) vgl. § 26 BPRL i.V.m. § 25a Satz 2

Facharzt für Innere M. und Kardiologie / Gastroenterologie / Pneumologie / Nephrologie

- **Höchstquoten von 33 % / 19 % / 18 % / 25 %**

Bezug der Quote = „Prozent der **regionalen Verhältniszahlen**“, d.h. rechnerische Auslastung, **nicht tatsächliche Situation!**

- Saarland: Versorgungsgrad Internisten > **270 % !**
- Beschluss des LA bestandkräftig (vorauss. im Saarl. ÄBl. 12/2019 veröffentlicht)
 - mehrere rheumatologische Sitze frei + vorauss. alle vier Höchstquoten überschritten!

Bedeutung der Höchstquoten im Nachbesetzungsverfahren

§ 13 Absatz 6 Nrn. 2-5 jeweils **Satz 2** (im Beispiel Nr. 2 = Kardio):

„Bei der Nachbesetzung gilt dies (= Sicherstellung der Höchstquote) 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.“

Ungeachtet Höchstquoten **schwerpunktgleiche** Nachbesetzung **immer möglich!**

- 1. Frage:** Wie wird Schwerpunkt definiert?
- 2. Frage:** Wo wird Schwerpunkt relevant?

Schwerpunktgleichheit im Nachbesetzungsverfahren I

Frage 1: Wie wird der Schwerpunkt definiert?

a) Abgeber:

- A. hat Schwerpunktweiterbildung absolviert + „führt“ den Schwerpunkt
- A. ist Facharzt für Innere ohne SP, aber „*über einen hinreichend langen Zeitraum überwiegend* (z.B.) kardiologisch tätig“ (vgl. „Tragende Gründe“ zum Beschluss des GBA v. 16.05.2019, Seitenumbruch 12/13)
- Frage: „*hinreichend langer Zeitraum*“? „*überwiegende Tätigkeit*“?
Beurteilungsspielraum der ZAe oder voll gerichtlich überprüfbar?
- Frage: Was ist bei Führen zweier SPe?

b) Bewerber:

- B. hat Schwerpunktweiterbildung absolviert
- Frage: Verzicht auf künftiges Führen des SP möglich, wenn erst „FA für Innere Medizin“ und später SP (dazu-)erworben? These: (+)

Schwerpunktgleichheit im Nachbesetzungsverfahren II

Frage 2: Wo wird der Schwerpunkt relevant?

Phasen des NB-Verfahrens:

1. Entscheidung des ZA über Ausschreibungsantrag
2. Ausschreibung des Sitzes durch KV
3. Entscheidung des ZA über Antrag eines Bewerbers / Auswahlentscheidung

Phase 1: Entscheidung ZA über Ausschreibung § 103 Abs. 3a Satz 1 SGB V

- Ablehnung möglich, „*wenn eine NB ... aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist*“
- dabei auf **gesamte Praxisstruktur** abzustellen, nicht allein auf geführten SP
- Überschreitung der Höchstquote ≠ mangelnde Versorgungsrelevanz!
- bei SP mit Mindestquote **immer** auszuschreiben § 103 Abs. 3a Satz 2 SGB V

Schwerpunktgleichheit im Nachbesetzungsverfahren III

Frage 2: Wo wird der Schwerpunkt relevant?

Phase 2: Ausschreibung zur NB durch KV § 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V

Bei Quoten-SP Ausschreibung ausdrücklich „im Schwerpunkt xy“?

- contra:
 - Zulassung des Abgebers besteht als fachärztlicher Internist (ohne SP)
 - Zulassung des Nachfolgers dito, weil Arztgruppe = „*Fachinternist (fachärztlich tätig)*“ vgl. § 13 Abs. 1 Nr. 2 BPRL = „alle internistischen Fachärzte, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen“ vgl. § 13 Abs. 2 Nr. 2

These:

- auch bei Quotenschwerpunkten **keine** Ausschreibung im SP zulässig
- möglich dgg.: Definition „*besonderer Versorgungsbedürfnisse*“ (§ 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 7 SGB V)

Schwerpunktgleichheit im Nachbesetzungsverfahren IV

Frage 2: Wo wird der Schwerpunkt relevant?

Phase 3: Entscheidung über Bewerberantrag /-auswahl des ZA § 103 Abs. 4 S. 4 und 5 SGB V

- wohl unstr.: Bei mehreren Bewerbern keine Berücksichtigung des FA mit Höchstquoten-SP
 - str.: FA mit Höchstquoten-SP ist einziger Bewerber
→ was heißt „*Sicherstellung der Versorgungsanteile*? vgl. § 13 Abs. 6 Nrn. 2-5 BPLR
Auffassung vieler ZAe derzeit: **k.o.-Kriterium**, Nachbesetzung gescheitert! Argumente:
 - sonst keine effektive Steuerung der Versorgungsanteile
→ Gegenargument: Quoten auch andernfalls mittelfristig durchsetzbar
 - Quoten seien bei Praxisnachfolge „zu beachten“ vgl. § 16 Satz 3 BPRL, „beachten“ > „berücksichtigen“ (= Begriff bei Auswahlkriterien, z.B. in § 103 Abs. 4 Satz 5 SGB V)
→ Gegenargument: laut „Tragenden Gründen“ zu § 16 Satz 3 BPLR sind Quoten ebenfalls (nur) „zu berücksichtigen“!
- These: Diese Auslegung der ZAe ist möglich, aber nicht zwingend!

Bedeutung der Quoten außerhalb Nachbesetzungsverfahren I

1. Anträge auf Neuzulassungen

- bei partieller Entsperrung vgl. § 26 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 BPRL
Vorrang von Job-Sharing-Partnern vor Neuzulassungen
vgl. § 26 Abs. 2 i.V.m. Abs. 5 BPRL
- bei Unterschreiten einer Mindestquote für FG / SP im gesperrten Planungsbereich
 - Neuzulassung trotz Gebietssperre grds. (+) vgl. § 95 Abs. 2 Satz 10 SGB V
 - Verfahren wohl wie bei partieller Entsperrung (d.h. Ausschreibung)
vgl. § 26 Abs. 4 BPRL
- bei Überschreiten einer Höchstquote für FG / SP im offenen Planungsbereich
 - Neuzulassung trotz freier Sitze (-) vgl. § 95 Abs. 2 Satz 9 SGB V

Bedeutung der Quoten außerhalb Nachbesetzungsverfahren II

2. Anstellungsgenehmigungen

- als Erstgenehmigung $\hat{=}$ Neuzulassung vgl. § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V
- im Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 4b Satz 2, Abs. 4c Satz 1 SGB V
 $\hat{=}$ Nachfolgezulassung
- aber keine Beschränkung des Nachbesetzungsrechts (§ 103 Absätze 4a und 4b, jeweils Satz 5 SGB V) für bereits genehmigte Arztstellen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!