

# Terminservice- und Versorgungsgesetz – Eine Betrachtung aus medizinrechtlicher Sicht

**6. Saarländischer Medizinrechtstag 16.11.2019**



**FRANK SCHMIDT**  
FACHANWALT FÜR MEDIZINRECHT

## 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)
- Präsenzpflcht „... 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: Präsenzpflcht 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 ½)  
(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  $\hat{=}$  25 Mindestsprechstunden
  - Faktor 0,75 bei > 20 h/Woche  $\hat{=}$  18,75 MSprSt
  - **Faktor 0,5 bei > 10 h/Woche  $\hat{=}$  12,5 MSprSt** (> Mindestwochenstunden)
  - **Faktor 0,25 bei  $\leq$  10 h/Woche  $\hat{=}$  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  $\hat{=}$  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 BPLR, „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  $\triangleq$  Neuzulassung vgl. § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V
- im Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 4b Satz 2, Abs. 4c Satz 1 SGB V  $\triangleq$  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!**