



Erweitert, eingeschränkt und nachjustiert – die MVZ-Zulassungsvoraussetzungen nach § 95 Abs. 1a SGB V

– EIN KOMMENTAR

Regelungsgehalt- und Neuwert

Seit dem 11.05.2019 ist das „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“ (TSVG) in Kraft. MVZ sind hiervon in vielfältiger Hinsicht betroffen.

Unter anderem sind Veränderungen im Recht der Gründer- und Träger enthalten, also bei den zentralen Zulassungsvoraussetzungen. Diese finden sich im Wesentlichen - mit Ausnahme der Regelungen zu den zahnärztlichen MVZ - in § 95 Absatz 1a SGB V.

Konkret zu beleuchten sind:

- (1) *Klarstellung: Eine MVZ Trägergesellschaft kann Trägerin mehrerer MVZs sein*
- (2) *Einschränkungen für die Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen*
- (3) *Erweiterung der Zulassungsberechtigung auf Arztnetze*

(1) Klarstellung: Eine MVZ Trägergesellschaft kann Trägerin mehrerer MVZs sein

Rechtliche Grundlagen

Erst auf den zweiten Blick, bzw. erst bei Beiziehung der Gesetzesmaterialien wird eine positive Klarstellung des Gesetzgebers in Bezug auf die Frage, ob eine MVZ Trägergesellschaft mehrere MVZs gründen kann, oder ob pro MVZ eine eigene GmbH erforderlich ist, deutlich.

§ 95 Absatz 1a Satz 3 SGB V lautet nunmehr, in der Fassung des TSVG:

„Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich-rechtliche Rechtsform möglich.“

Die Unterschiede zur bisherigen Formulierung, bislang im zweiten Halbsatz des § 95 Absatz 1a Satz 1 SGB V enthalten sind marginal. Gleichwohl beabsichtigt der Gesetzgeber damit die Klarstellung, dass eben nicht pro MVZ eine einzelne GmbH verlangt werden kann. In den Gesetzesmaterialien heißt es dazu (*BT-Drs. 504/18 S. 132f*), dass der neu eingefügte Satz 3 im Wesentlichen den Regelungsinhalt des bisherigen Satz 1 zweiter Halbsatz übernehme. Mit der Formulierungsänderung werde aber klargestellt, dass ein MVZ Träger auch mehrere medizinische Versorgungszentren tragen können. In der Praxis sei in der Vergangenheit teilweise angenommen worden, dass je medizinischen Versorgungszentrum eine GmbH zu gründen sei, was nicht der Intention des Gesetzgebers entspreche.

Auswirkungen auf den Alltag von MVZ und Bestands-MVZ

Rundherum zu begrüßen und äußerst praxisnah ist die Klarstellung des Gesetzgebers, dass eine MVZ-Trägergesellschaft definitiv Trägerin mehrerer MVZs sein kann. Dies ist zwar in zahlreichen KV-Bezirken bereits gängige Spruchpraxis, keineswegs aber in allen. Hier sind also für die KV-Bezirke, in denen bislang je MVZ eine eigene Gesellschaft gefordert wurde,

TSVG in der Analyse

Textsammlung - Stand Juli 2019



Weitere Auskünfte:

beim Autor oder
BMVZ-Geschäftsstelle

Telefon: (030) 270 159 50

Mail: buero@bmvz.de

Autor: **Wolf Constantin Bartha**

deutliche Vereinfachungen zu erwarten. Gesellschaftsstrukturen dürften deutlich übersichtlicher werden, ferner dürfte die Handhabung bezüglich der Bürgschaften vereinfacht sein.

Welche neuen (oder alten) Fragen lässt das TSVG hierzu offen

Unmittelbar eigentlich keine. Die Klarstellung hinsichtlich des Umstandes, dass eine MVZ Trägergesellschaftsträgerin mehrerer MVZs sein kann, ist erfreulich und wird die Spruchpraxis der Zulassungsgremien sachgerecht vereinheitlichen.

Klarzustellen ist, dass diese Neuregelungen auch für Bestands-MVZ bzw. ihre Trägergesellschaften gelten. **Wichtig:** Auf einem anderen Blatt steht aber die Frage, ob in solchen Fällen, in denen bisher wegen der Rechtsauffassung mancher Zulassungsgremien pro MVZ notgedrungen eine eigene Gesellschaft gegründet wurde, nunmehr die Verschmelzung dieser Gesellschaften möglich und zu empfehlen ist, um die Strukturen zu vereinfachen.

Hiervor ist nach bisherigem Stand mit Nachdruck zu warnen. Jedenfalls bisher gehen die KVen und Zulassungsgremien ganz überwiegend davon aus, dass bei der Verschmelzung zweier MVZ-Gesellschaften die Zulassungen ersatzlos untergehen. Hier bestehen also erhebliche Risiken, die auch nicht durch die Neuregelungen des TSVG gemindert werden. Eine Klarstellung durch den Gesetzgeber bleibt hier weiterhin äußerst wünschenswert.

(2) Einschränkung für die

Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V

Rechtliche Grundlagen

Erbringer nicht ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V sind seit den Regelungen des GKV-VStG mit Wirkung zum 01.01.2012 explizit als gründungsbefugt genannt, wobei das Gesetz als ungeschriebenes Tatbestandsmerkmal voraussetzt, dass auf Basis des abgeschlossenen Versorgungsvertrages eine nicht nur unerhebliche Zahl von Versicherten mit entsprechenden nichtärztlichen Leistungen versorgt werden. Gemäß der Neuregelung des § 95 Absatz 1a. Satz 2 SGB V durch das TSVG sind nun allerdings die nachfolgenden Einschränkungen zu beachten:

"Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen sind nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht allerdings auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten."

Nach Auffassung des Gesetzgebers (BT-Drs. 19/6337, 116) habe sich die uneingeschränkte Einbeziehung der Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen in den Gründerkreis von MVZs nicht bewährt. So habe sich in den letzten Jahren gezeigt, dass zunehmend Kapitalinvestoren ohne fachlich-medizinischen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung berechnete Leistungserbringer nach § 126 Abs. 3 aufkauften, um hierüber Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten. Dabei sei zu berücksichtigen, dass der Kauf entsprechender Leistungserbringer nach der bisherigen gesetzlichen Regelung auch zur Gründung fachfremder, zum Beispiel auch zahnärztlicher, medizinischer Versorgungszentren berechtige. Dieser Entwicklung gelte es entgegenzuwirken. Um dem komplexen Versorgungsbedarf von Dialysepatienten gerecht zu werden und eine umfassende Behandlung dieser Patienten „unter einem Dach“ zu ermöglichen, könnten in den MVZs aber auch mit einer Dialyse zusammenhängender ärztliche Leistungen, wie beispielsweise internistische oder kardiolo-

TSVG in der Analyse

Textsammlung - Stand Juli 2019



Weitere Auskünfte:

beim Autor *oder*
BMVZ-Geschäftsstelle

Telefon: (030) 270 159 50

Mail: buero@bmvz.de

Autor: **Wolf Constantin Bartha**

gische Leistungen, angeboten werden.

Auswirkungen auf den Alltag von MVZ und Bestands-MVZ

Die einschränkenden Regelungen betreffend die Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen werden praktische Auslegungsfragen aufwerfen. Da Adressat dieser Regelung jedoch ein vergleichsweise kleiner, klar abgegrenzter Trägerkreis ist, haben diese Fragen für die große Mehrheit der MVZ-Träger keine praktische Relevanz.

Hinzuweisen ist zudem auf die Bestandsschutzregelungen in § 95 Absatz 1a Satz 4 2. Halbsatz SGB V. Hier findet sich eine besondere Bestandsschutzregelung für bereits bestehende MVZ dieser Träger: *Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 gegründet wurden und am 10.5.2019 bereits zugelassen waren, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort.* Das bedeutet, dass diese bestandsgeschützten Einrichtungen aufgrund ihrer Zulassung alle Handlungsmöglichkeiten eines medizinischen Versorgungszentrums wahrnehmen können.

Die Gründung weiterer MVZs durch Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen, ohne dass die neuen Voraussetzungen des § 95 Abs. 1a S. 2 SGB V (*fachbezogene medizinische Versorgungszentren*) ist hingegen vom Bestandsschutz nicht umfasst.

Der Bestandsschutz bezieht sich auf die bestehenden genehmigten MVZs, nicht auf die Handlungsmöglichkeiten des Trägers im Übrigen. Eine Umgehung ist auch nicht dadurch möglich, dass die bereits zugelassenen MVZ dieses Trägers wiederum die Gründung eines weiteren MVZs beantragen, da nach der Rechtsprechung des BSG (*Urteil vom 16.05.2018 - B 6 KA 1/17 R*) die „Gründung eines MVZs durch ein MVZ“ nicht möglich ist. Gründen kann vielmehr nur der Träger selbst.

Welche neuen Fragen lässt das TSVG offen

Bezüglich der vom Gesetzgeber mit den Regelungen des TSVG vorgenommenen Einschränkung der Gründungsbefugnis stellen sich zwei wesentliche Fragen:

Zum einen bleibt abzuwarten, ob die Vereinbarkeit der einschränkenden Regelungen mit Verfassungsrecht infrage gestellt wird und es eine entsprechende gerichtliche Klärung geben wird. Viel spricht allerdings dafür, dass sich die Erwägungen des Gesetzgebers in dem ihm zustehenden Rahmen halten und als verhältnismäßig gewertet werden.

Zum anderen wird medizinisch-inhaltlich abzuwarten sein, welche Fragen und Auseinandersetzungen bezüglich der Regelung, dass solche MVZs 'fachbezogen' tätig sein müssen, entstehen. Wenn das Gesetz weiter ausführt, dass ein solcher Fachbezug 'auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten' besteht, dürften Diskussionen und auch Auseinandersetzungen über die konkrete Reichweite dieses 'Fachbezuges' vorprogrammiert sein. Von Interesse wird auch sein, ob sich die Zulassungsgremien jeweils aus eigener Kompetenz im Stande sehen, die Frage nach der genauen Reichweite des „Fachbezuges“ zu bewerten und zu entscheiden.

(3) Aufnahme anerkannter Praxisnetze nach § 87b Absatz 2 Satz 3 in den Gründerkreis

Rechtliche Grundlagen

§ 95 Absatz 1a Satz 1 SGB V listet den Kreis der zulässigen Gründer von MVZ auf. In der seit dem 11.5.2019 geltenden Fassung sind dies die bereits in der bisherigen Fassung des Gesetzes

TSVG in der Analyse

Textsammlung - Stand Juli 2019



Weitere Auskünfte:

beim Autor oder
BMVZ-Geschäftsstelle

Telefon: (030) 270 159 50

Mail: buer@bmvz.de

Autor: **Wolf Constantin Bartha**

genannten Protagonisten: *Zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V* (zu den nun aufgenommenen Einschränkungen: siehe vorheriges Kapitel), *gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder Kommunen*. Neu aufgenommen in den Kreis sind nun auch anerkannte Praxisnetze nach § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V.

Das Gesetz selbst enthält in Bezug auf diese Praxisnetze und die Frage, wann diese „anerkannt“ im Sinne des § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V sein können, kaum Informationen. Denn die Vorschrift, die im Zusammenhang mit den Regelungen zu Honorarverteilung steht, ist äußerst knapp. In Bezug auf die Voraussetzungen für die Anerkennung eines Praxisnetzes hilft dies nicht weiter. Die Voraussetzungen für die Anerkennung von Praxisnetzen werden folglich untergesetzlich geregelt.

Die KBV hat nach § 87 b Absatz 4 SGB V für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze eine Rahmenvorgabe für die Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband getroffen, von der also der MVZ-Gründerstatus abhängt, und die unter dieser Fundstelle veröffentlicht ist:

www.kbv.de/media/sp/Rahmenvorgabe_Anerkennung_Praxisnetze_Ausfertigung.pdf

Wichtig ist in diesem Zusammenhang das Anerkennungsverfahren, das von der Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt wird. Nach der Regelung in § 2 Absatz 3 der Rahmenvorgabe sind zur Aufrechterhaltung der Anerkennung die Anforderungen nach Ablauf von fünf Jahren unaufgefordert erneut nachzuweisen. Praxisnetze, die eine Anerkennung erhalten haben, sind verpflichtet, Änderungen, die Auswirkungen auf den Anerkennungsstatus haben, der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Bei Änderungen, die sich auf Nachweise gemäß § 4 der Rahmenvorgabe (*Versorgungsziele und Kriterien*) beziehen, legt die Kassenärztliche Vereinigung sachbezogene Fristen für die Anzeigepflicht fest. Die Kassenärztliche Vereinigung soll die Änderungsanzeige innerhalb von vier Wochen bestätigen und gegebenenfalls feststellen, ob damit der Anerkennungsstatus betroffen ist und ggf. Maßnahmen benennen, die das anzeigende Netz ergreifen kann, um diesen Status zu erhalten.

Die Auswirkungen auf den Alltag von MVZ und Bestands-MVZ

Die Bedeutung der neuen Regelungen für die anerkannten Praxisnetze bleibt abzuwarten. Zwar sind die Erwartungen des Gesetzgebers an den Versorgungsbeitrag von Praxisnetzen regelmäßig hoch, die tatsächliche Zahl der anerkannten Praxisnetze hält sich jedoch in Grenzen, wobei teilweise große regionale Unterschiede zu verzeichnen sind. Die KBV veröffentlicht eine Liste anerkannte Praxisnetze nach Region unter:

<https://www.kbv.de/html/18491.php>.

Betrachtet man sowohl die Anforderungen der Rahmenvorgaben der KBV, als auch jeweiligen Richtlinien der örtlich zuständigen KV, wird deutlich, dass schon die Erfüllung der Struktur-

§ 87 b Absatz 2 SGB V

"Für Praxisnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind, müssen gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden; für solche Praxisnetze können auch eigene Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 gebildet werden."

ACHTUNG: Ein Praxisnetz ist nach wie vor kein eigener Leistungserbringer im Sinne des SGB V. Aus diesem Grund findet sich die Norm auch im 'Honorarteil' des SGB V, die damit die weitere Definition und Anforderungen an den Status 'Praxisnetz', den KBV überlässt.

Rahmenvorgabe der KBV

Die Rahmenvorgabe enthält die durch das Praxisnetz nachzuweisenden Strukturvorgaben sowie die durch das Gesetz geforderte Beschreibung von Versorgungszielen, die für die Anerkennung von Praxisnetzen relevant sind. Die Versorgungsziele gliedern sich in die Versorgungsziele und Patientenzentrierung, kooperative Berufsausübung und verbesserte Effizienz bzw. Prozessoptimierung.

Die Nachweise für die entsprechenden Kriterien sind in der Anlage 1 zu der Rahmenvorgabe als Stufenkatalog aufgeführt, wobei die Nachweise der Basisstufe für die Anerkennung von Praxisnetzen verbindlich sind, siehe § 4 der genannten Rahmenvorgabe.

TSVG in der Analyse

Textsammlung - Stand Juli 2019



Weitere Auskünfte:

beim Autor oder
BMVZ-Geschäftsstelle

Telefon: (030) 270 159 50

Mail: buero@bmvz.de

Autor: **Wolf Constantin Bartha**

vorgaben (§ 3 der Rahmenvorgaben) ambitioniert sein kann. So sind Mindest- und Höchstzahlen für die Teilnehmer ebenso einzuhalten, wie es Vorgaben an die Teilnahme ärztlicher Fachgruppen gibt. Darüber hinaus muss das Praxisnetz eine verbindliche Kooperationsvereinbarung unter Berücksichtigung der Versorgungsziele mit mindestens einem nicht-ärztlichen oder einem stationären Leistungserbringer unterhalten.

All diese Voraussetzungen können von einzelnen Praxisnetzen unter Umständen durchaus erfüllt werden, je mehr Teilnehmer verschiedenster Qualifikationen und Interessen aber für die Anerkennung des Praxisnetzes erforderlich sind, je mehr mögliche Sollbruchstelle ergeben sich, wenn entsprechende Protagonisten aus dem Praxisnetz ausscheiden.

Mit anderen Worten: Aufgrund der Komplexität der Vorgaben, der Vielzahl der Teilnehmer und der Diversität der Teilnehmer erscheint ein Praxisnetz per se fragil. Darüber hinaus dürfte ein Praxisnetz aufgrund seiner schieren Größe bezüglich der Organisation von Entscheidungsfindung und administrativer Prozessen jedenfalls „komplex“ sein.

All dies führt aus Sicht des Verfassers dazu, dass erhebliche Unwägbarkeiten für anerkannte Praxisnetze in Bezug auf die Aufrechterhaltung dieser Anerkennung bestehen können. Da die Voraussetzungen alle fünf Jahre zu überprüfen sind, bzw. relevante Änderungen unaufgefordert mitzuteilen sind, besteht in Bezug auf eine mögliche MVZ Trägerschaft hier ein deutlich größeres Risiko, dass die Zulassungsvoraussetzungen entfallen könnten, als bei den tradierten MVZ-Trägern.

Sollte die Anerkennung eines Netzes wieder entfallen, gelten in Bezug auf die Gründereigenschaft des Netzes mangels spezieller Regelungen die allgemeinen Regelungen des § 95 Abs. 6 S. 3 SGB V zum Thema des Entzuges der Zulassung, also insbesondere die 6-Monatsfrist.

Warum insoweit das Praxisnetz als solches MVZ Träger werden sollte erschließt sich jedenfalls nicht zwingend auf den ersten Blick, da jedenfalls auch die im Praxisnetz verbundenen Ärzte selbst tauglicher Gründer eines MVZs sein können und insoweit einfacher zum Ziel kommen könnten. Entsprechende Best-Practice-Beispiele bleiben aber natürlich abzuwarten.

Fazit

Die neuen Regelungen bringen erweiterte Möglichkeiten. Anerkannte Praxisnetze können MVZ Träger werden, haben es aber bezüglich der Erfüllung der Voraussetzungen schwerer als alle anderen MVZ Träger. Nur sehr gut organisierte, straff geführte und etablierte Praxisnetze werden diesen Schritt ohne unvermeidbare Risiken einzugehen, gehen können.

Wolf Constantin Bartha

Rechtsanwalt | Fachanwalt für Medizinrecht

MEYER-KÖRING Rechtsanwälte | Steuerberater Partnerschaftsgesellschaft mbB

Telefon: 030 – 2062 986

Mailanschrift: bartha@meyer-koering.de

<https://www.meyer-koering.de/>