

EHLERS, EHLERS & PARTNER

RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB

München · Berlin · Düsseldorf



München: Widenmayerstr. 29 • D-80538 München • Germany
Telefon: +49(0)89-210969-0 • Telefax: +49(0)89-210969-99
E-mail: munich@eep-law.de • www.eep-law.de

Berlin: Meinekestr. 13 • D-10719 Berlin • Germany
Telefon: +49(0)30-887126-0 • Telefax: +49(0)30-886761-11
E-mail: berlin@eep-law.de • www.eep-law.de

Düsseldorf: Mörsenbroicher Weg 200 • D-40470 Düsseldorf • Germany
Telefon: +49(0)211 58 33 57- 425
E-mail: duesseldorf@eep-law.de • www.eep-law.de

EHLERS, EHLERS & PARTNER

RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB

München · Berlin · Düsseldorf

2. Hamburger Versorgungsforschungstag

„Eros Arzt und Arbeitswelt 4.0 – neue Ansprüche an die ambulante Versorgung“

„Besitzformen/Formen der Berufsausübung im niedergelassenen Bereich gestern, heute und morgen“

Hamburg, 8. Februar 2017

Dr. Horst Bitter
Rechtsanwalt

I. Beispiele ambulanter Versorgungsunternehmen:

- Einzelpraxis.
- BAG.
- MVZ.
- = Organisationsformen zur Wahrnehmung von Aufgaben im Bereich der ambulanten Versorgung (Managementges. inner- und äußerh. Integr. Vers.).
- Spezialgesetzliche Regelungen:
 - § 37 SGB V - Häusliche Krankenpflege.
 - § 37 b SGB V - Spez. Amb. Palliativversorgung.
- = Gesetzliche Einzelfälle.

I. Was sind ambulante Versorgungsunternehmen?

Definition laut Ergebnispapier der Projektgruppe „Ambulante Versorgungsunternehmen“, BMC:

Ambulantes Versorgungsunternehmen (AVU) = Professionelle Verbindung von Medizin und Management. Es ist gekennzeichnet durch eine Organisationsstruktur, die insbesondere folgende Kriterien aufweist:

- Unmittelbare Patientenversorgung im ambulanten Sektor
- Verbindlich geregelte Zusammenarbeit aller Leistungserbringer innerhalb des AVU
- Gemeinsame Versorgungsziele und Qualitätsstandards
- Betriebs- und Wirtschaftsformen mit moderner Organisation (angestellte Ärzte, Ärztehaus, Arbeitsteilung etc.)

I. Was sind ambulante Versorgungsunternehmen?

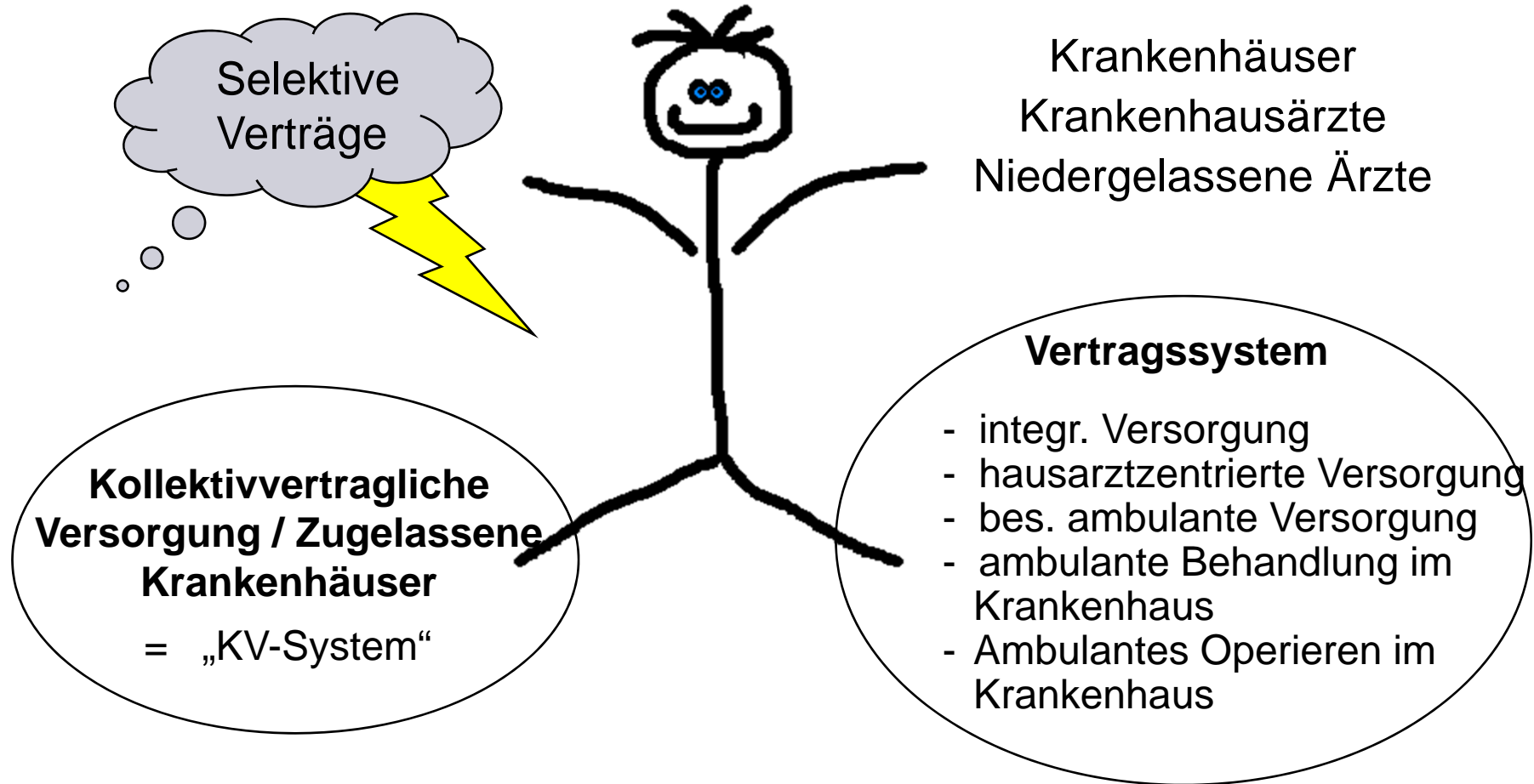
- Trägerschaft durch Leistungserbringer und/oder Trägergesellschaft bzw. Managementgesellschaft
- Bündelung von Managementfunktionen, wirtschaftlicher Verantwortung und disziplinarischer Kompetenz beim Träger
- Kooperation (z. B. verschiedenen Leistungsstandorte, interdisziplinär, sektorübergreifend, Ärzte und andere Gesundheitsberufe)
- Nutzung elektronischer Patientenakte, digitale Vernetzung aller beteiligten Gesundheitsberufe

II. Reformgesetze

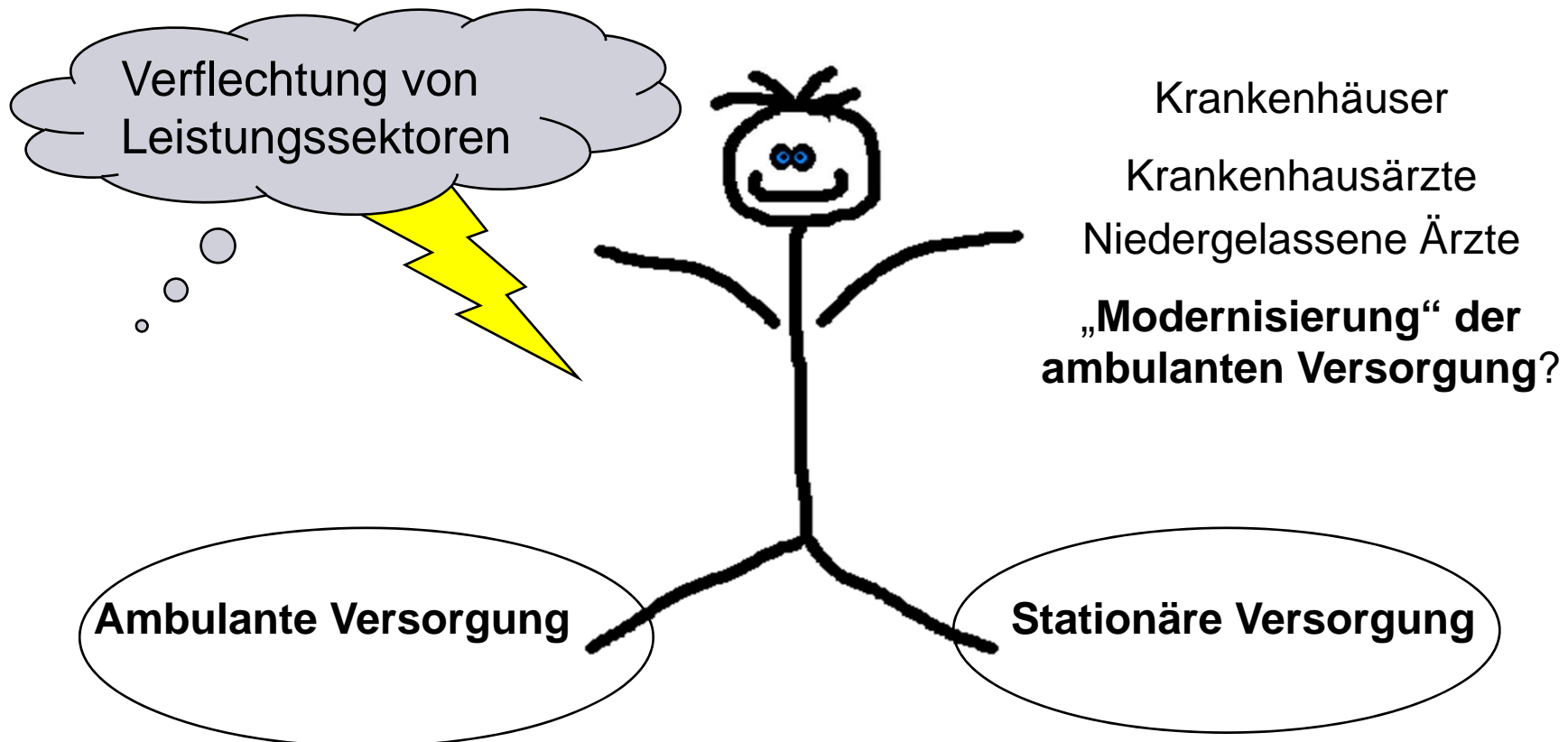
Stufengesetzgebung, in deren Folge es zu einem sukzessiven Systemwandel der Gesundheitsversorgung in Deutschland kommen mag/soll:

- **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz** (GKV-WSG), in Kraft getreten zum 01.04.2007, steht im Zusammenhang mit dem
- Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (**Vertragsarztrechtsänderungsgesetz** – VÄndG), in Kraft getreten zum 01.01.2007. Beide Gesetzeswerke knüpfen ihrerseits an, an das
- **GKV-Modernisierungsgesetz** (GMG) vom 14.11.2003.
- **Arzneimittelmarkt Neuordnungsgesetz** (AMNOG), in Kraft getreten zum 01.01.2011.
- **GKV-Versorgungsstrukturgesetz** (GKV-VStG), in Kraft getreten zum 01.01.2012.
- Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (**GKV-Versorgungsstärkungsgesetz** – GKV-VSG), in Kraft getreten zum 23.07.2015.

II. Reformgesetze – selektive Verträge



II. Reformgesetze – Aufhebung der Sektorengrenze



II. Reformgesetze

Die Elemente im Einzelnen:

I. Vertragswettbewerb im Gesundheitswesen

- § 73 b SGB V – Hausarztzentrierte Versorgung.
- §§ 140 a ff. SGB V – Integrierte Versorgung (Rabattverträge gem. § 130 a Abs. 8 SGB V).

II. Verflechtung der Versorgungsstrukturen

- § 115 b SGB V – Ambulantes Operieren im Krankenhaus.
- § 116 a SGB V – Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung.
- § 116 b SGB V – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung.

II. Reformgesetze – GKV-VStG

- Medizinische Versorgungszentren (MVZ):
- Wesentliche Änderungen durch VStG.
- Leitung:
 - § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V, ärztlicher Leiter muss in dem MVZ selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig und in medizinischen Fragen weisungsfrei sein.
- Gründungsberechtigung:
 - Bis dahin: Alle Leistungserbringer.
 - Sodann: Zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nicht ärztlicher Dialyseleistungen, gemeinnützige Träger, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.
 - Neu: Kommunen

II. Reformgesetze – GKV-VStG

- Grund: Investoren ohne fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung.
- Rechtsform:
 - Bislang: Bedienung „aller zulässigen Organisationsformen“.
 - Nunmehr: Personengesellschaft, eingetragene Genossenschaft, GmbH. Bestandsschutz.
 - Grund: Gewährleistung der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen von reinen Kapitalinteressen.

II. Reformgesetze – GKV-VStG

- Übernahme von Vertragsarztsitzen durch MVZ in Planungsgebieten mit Zulassungsbeschränkungen, § 103 Abs. 4 a SGB V:
 - Bislang: Fortführung der Praxis durch Übernahme des Vertragsarztsitzes und Weiterführung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch angestellten Arzt.
 - Nunmehr: Möglichkeit der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Einrichtung nur, wenn nicht Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen. Keine Versorgungsprobleme am bisherigen Sitz der Praxis. Ggf. Eröffnung einer Zweigpraxis am bisherigen Praxissitz.

II. Reformgesetze – GKV-VStG

- Nunmehr: MVZ ohne Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte bei Ärzten, die als Vertragsärzte im MVZ tätig sind, gegenüber übrigen Bewerbern im Nachbesetzungsverfahren nachrangig (§ 103 Abs. 4 c Satz 3 SGB V): Schutz der Freiberuflichkeit.
- Grund: Kapitalinteressen.

II. Reformgesetze - einschlägige Strukturveränderungen

- MVZ an sich.
- Krankenhäuser als Betreiber von MVZ, § 95 SGB V.
- § 20 II Satz 2 Ärzte-ZV – Krankenhausarzt darf als Vertragsarzt tätig sein.
- § 19 a II Ärzte-ZV – Teilzulassung (Hälfte des Versorgungsauftrags).
- MVZ in integrierte Versorgung einbringen: Befreiung von starren Vorgaben SGB V.
- Anstellung von Ärzten: §§ 32 b Ärzte – ZV, 95 Abs. 9 und 9 a SGB V, BMV-Ä (§ 14 a Abs. 1).
- Zweigpraxen.
- Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften.

II. Reformgesetze – GKV-VSG

Ausgewählte Gesetzesänderungen im Hinblick auf ambulante Versorgungsunternehmen:

- **§ 39 Abs. 1 a SGB V:** „Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung ...“
- **§ 87 b Abs. 2 Satz 2 V:** „Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen. 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 § 87 a Abs. 3 gebildet werden.“

II. Reformgesetze – GKV-VSG

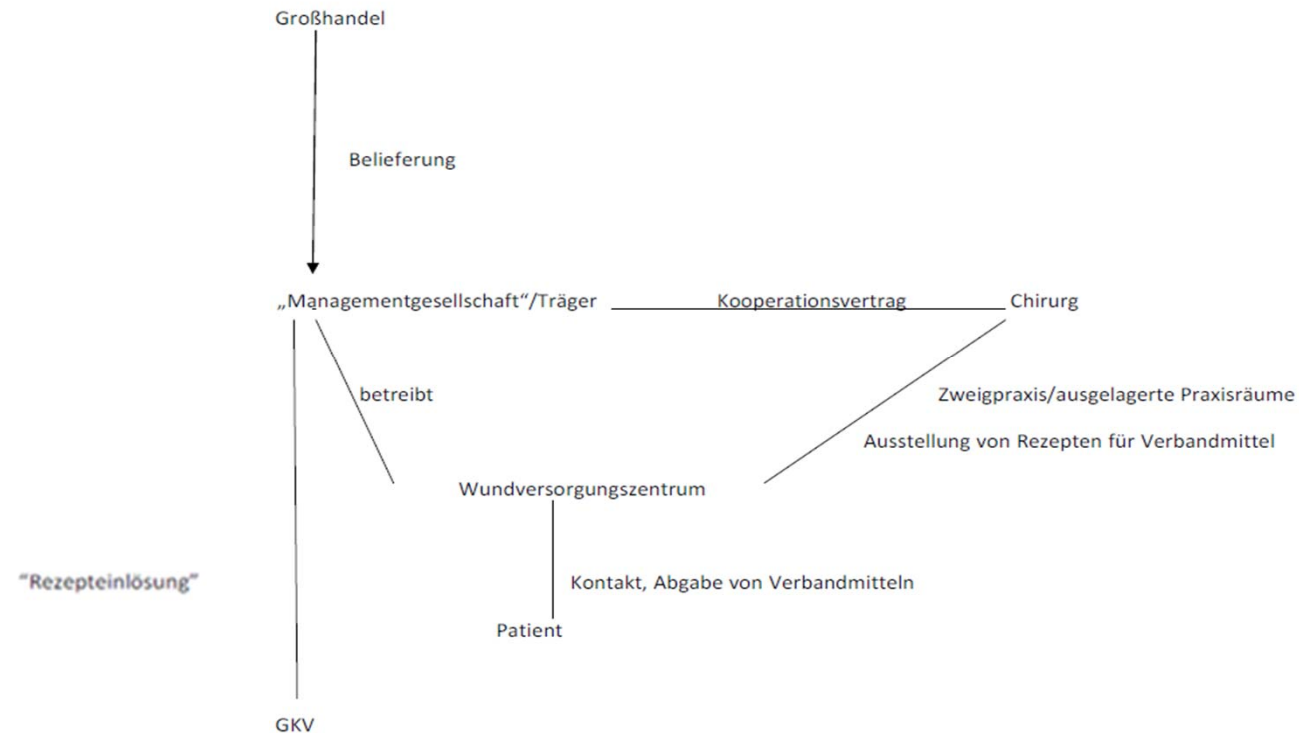
- **§ 92 a Abs. 1 SGB V:** „Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden ...“.
- **MVZ-Änderungen nach § 95 SGB V:**
 - „Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, ...“
 - Gründungseigenschaft von Kommunen. „Kommunen können medizinische Versorgungszentren auch in der öffentlich-rechtlichen Rechtsform eines Eigen- oder Regiebetriebs gründen ...“

II. Reformgesetze - Zwischenfazit:

- Ambulante Versorgungsunternehmen gemäß eingangs erstellter Definition sind – zumindest derzeit – kein Schwerpunkt des Gesetzgebers.
- Grund: Aufhebung der Sektorengrenze ist nur ein Teilaspekt der diesseitigen Schwerpunktsetzung auf die Verbesserung der ambulanten Versorgung.
- Darstellung von Modellen aus der Praxis.

III. Beispiele ambulanter Versorgungsunternehmen

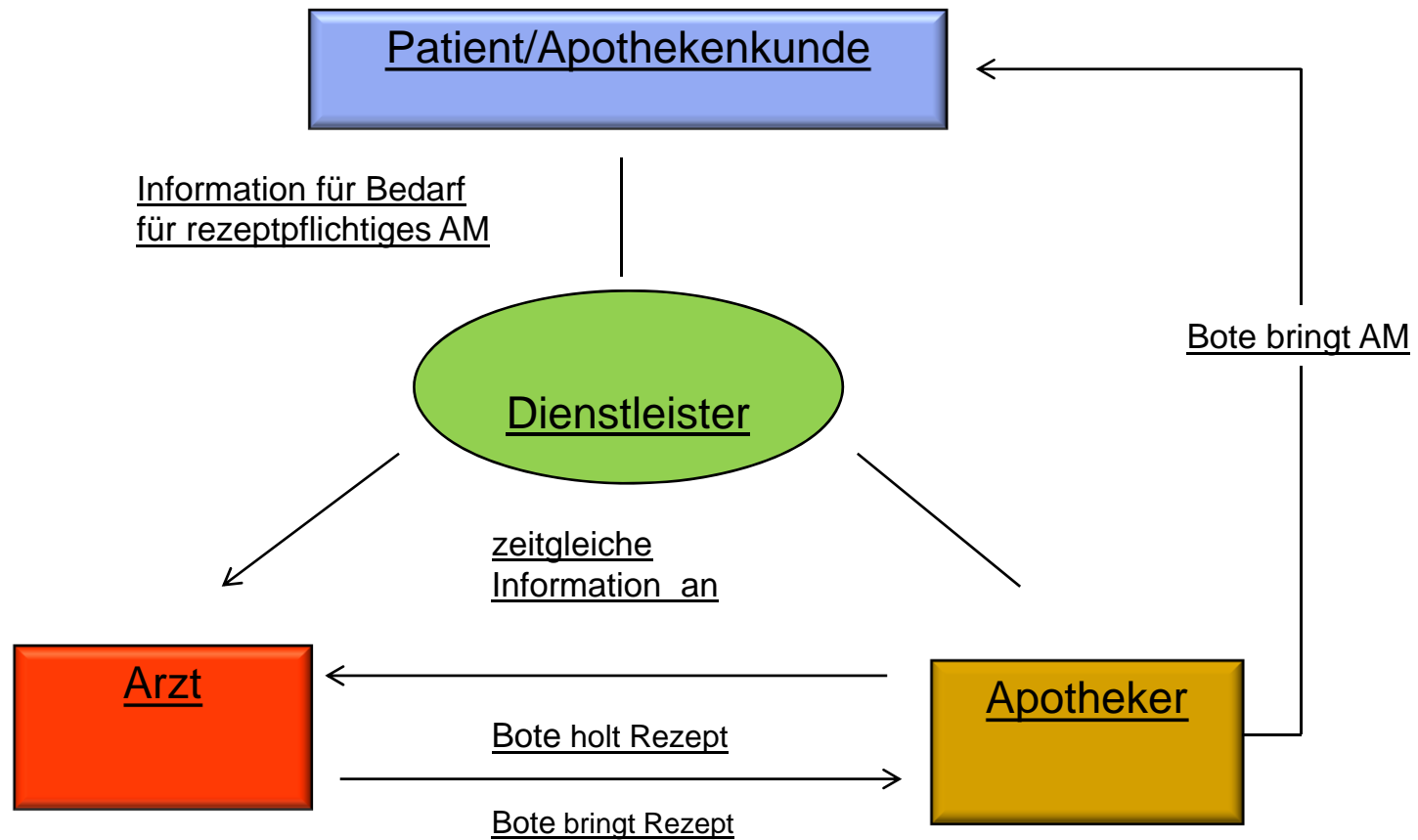
1. Wundversorgung



III. Beispiele ambulanter Versorgungsunternehmen- Wundversorgung

- Numerus clausus der Leistungserbringer nach SGB V, vgl. § 95 SGB V.
- Distributionsweg abweichend von Regelungen des SGB V und AMG geregelt.
- Anspruch aus Art. 12 GG i.V. m. Diskriminierungsverbot nach Rechtsprechung des BSG?
- Anspruch aus Rahmenvertrag analog § 129 Abs. 5 SGB V?
Leistungserbringer wegen Präqualifizierung nach § 126 Abs. 1 a SGB V?
- Kurzfristige Lösung: Integrierte Versorgung, § 140 a ff SGB V.
- Langfristige Lösung: Initiative des Gesetzgebers.

III. Beispiele ambulanter Versorgungsunternehmen: 2. Folgerezept per App:



III. Beispiele ambulanter Versorgungsunternehmen - Folgerezept per App:

- Ausstellung Rezept ohne Arzt -Patienten-Kontakt.
- Unzulässige Fernbehandlung?
- Verstoß gegen § 17 ApBetrO (Einschaltung von Boten)?
- Verstoß gegen § 24 Abs. 1 ApBetrO (Rezept Sammelstelle)?
- Verstoß gegen Vorschriften zum Versandhandel?
- Verstoß gegen § 11 ApoG?
- Zuweisung von Patienten?
- Lösung: Integrierte Versorgung, Reformgesetz.

III. Ambulante Versorgungsunternehmen

3. Patientenprogramme

- Synonyme: Compliance-Programme, Chroniker-Programme, Homecare-Programme etc.
- Anbieter:
 - Krankenkassen (für bestimmte Indikationen, multi-morbide Patienten).
 - Pharmazeutische Unternehmen (über Dienstleister).
 - Für ein bestimmtes Produkt oder für alle Patienten einer Indikation unabhängig vom Produkt.
 - Versandapotheken/Großhandel (über Dienstleister).
- Gegenstand: Vielfältig: Erinnerung und Organisation von Terminvereinbarungen für chronisch Kranke bei Ärzten, Erteilung von Informationen über die Indikation etc.

III. Ambulante Versorgungsunternehmen – Patientenprogramme

- Grundprinzip eines Patienten-Unterstützungsprogramms aus „Pharma-Sicht“:
 - Pharmazeutisches Unternehmen beauftragt Dienstleister mit der Entwicklung und Umsetzung eines Patienten Unterstützungsprogrammes für Produkt X.
 - Entwicklung des Programms unter Orientierung an AMG, HWG etc.(?)
 - Außendienst stellt Programm bei Ärzten/Apotheken vor.
 - Verordnung durch den Arzt und Information der Patienten über das Unterstützungsprogramm, Einschreibformular.
 - Einschreibung der Patienten in Patienten-Unterstützungs-Programm.

III. Ambulante Versorgungsunternehmen – Polikumgruppe

4. Polikumgruppe

- Beispiel als „MVZ-Kette“ für sektorübergreifende, interdisziplinäre und KV-Grenzen überschreitende Einrichtung.
- Vier MVZ in Berlin und Leipzig mit bis zu 40 Haus- und Fachärzten und etwa 100 weiteren Mitarbeitern je Standort.

III. Ambulante Versorgungsunternehmen – Schmerzzentrum Berlin

5. Schmerzzentrum Berlin

- Beispiel für „Themen-MVZ“ für interdisziplinäre, intersektorale, multimodale ambulante Schmerztherapie.
- MVZ im Herzen Berlins mit rund 20 Ärztinnen und Ärzten aus 8 Fachrichtungen.
- Besonderer Schwerpunkt: Entwicklung und Realisierung von Patienten/Seminaren im Sinne einer behavioral-educativen Arbeit.
- Planung: Etablierung eines Mini-Krankenhauses mit 22 stationären und 8 tagesklinischen Plätzen in der Gesundheitslandschaft Berlin. Eröffnung: Mai 2017

III. Ambulante Versorgungsunternehmen – Ocunet

6. Ocunetgruppe

- Zusammenfassung indikationsbezogener großer über Deutschland verteilter augenmedizinischer Zentren.
- In den Zentren arbeiten im Schnitt 17 Fachärzte für Augenheilkunde, die Bandbreite reicht von 5 bis 43 Augenärzten.
- Jeweils 2 bis 6 Fachärzte haben Leitungsfunktion bzw. sind Eigentümer.

III. Ambulante Versorgungsunternehmen – Partiodoc AG

7. Partiodoc AG

- Beispiel für Träger- und Managementgesellschaften von ambulanten Versorgungseinrichtungen.
- Das Unternehmen unterstützt, entwickelt und betreibt deutschlandweit ambulante Formen medizinischer Zusammenarbeit, dazu gehören
- bspw. sektorübergreifende Versorgungskonzepte, Ärztehäuser, medizinische Versorgungszentren.

III. Ambulante Versorgungsunternehmen – UGOM

8. UGOM

- Beispiel für Arztnetze mit potentiell multiplizierbarer Angebots- und Führungsstruktur.
- Das UGOM-Ärzttenetz umfasst 94 Haus- und Fachärzte inkl. zwei MVZs sowie drei Krankenhäuser in der Region Amberg/Sulzbach, die im Rahmen der integrierten Versorgung gemeinsam ca. 14.000 eingeschriebene Patienten der AOK Bayern versorgen.

III. Ambulante Versorgungsunternehmen

9. Kommunen und MVZ

1. GKV-VStG:

- **Wortlaut § 105 Abs. 5 SGB V:**

- *„Kommunen können mit **Zustimmung** der Kassenärztlichen Vereinigung in **begründeten Ausnahmefällen** eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben. Ein begründeter Ausnahmefall kann insbesondere dann vorliegen, wenn eine **Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt** werden kann. Sind die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, hat der Zulassungsausschuss die Einrichtung auf Antrag zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit **angestellten Ärzten**, die in das Arztregister eingetragen sind, zu **ermächtigten**. § 95 Abs. 2 Satz 7 bis 10 gilt entsprechend. In der kommunalen Eigeneinrichtung tätige Ärzte sind bei Ihren ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden.“*

III. Ambulante Versorgungsunternehmen

9. Kommunen und MVZ

Gesetzesbegründung (Deutscher Bundestag, Drucksache 17/6906):

- *Kommunen „erstmal“ in ambulante ärztliche Versorgung eingeschaltet.*
- *Enge Voraussetzungen:*
 - *Zustimmung der KV (Gewährleistung der Subsidiarität) .*
 - *Ausnahmesituation, Versorgung auf andere Weise nicht sicherzustellen, insbesondere wenn von KV ergriffene Sicherstellungsmaßnahmen nicht gegriffen haben.*
- *Rechtsfolge:*
 - *Zulassungsausschuss ermächtigt die Einrichtung, Ärzte werden angestellt.*
- *Sicherstellungsauftrag der KV bleibt unberührt.*

III. Ambulante Versorgungsunternehmen

9. Kommunen und MVZ

- **Gesetzesbegründung**, Deutscher Bundestag, Drucksache 18/4095:
 - Kommunen können „aktiv“ die Versorgung in der Region „beeinflussen“ und „verbessern“.
 - Aus rechtlichen Gründen können Kommunen MVZs in den öffentlich-rechtlichen Rechtsformen des Eigenbetriebs und des Regiebetriebs gründen.
 - Enge Voraussetzungen nach § 105 Abs. 5 SGB V gelten nicht, insbesondere kein Zustimmungserfordernis seitens der KV.
 - Übrigen Regelungen zur Gründung des MVZs gelten uneingeschränkt, insbesondere die Bedarfsplanung.
 - Nachrangklausel des § 103 Abs. 4 Satz 3 SGB V gilt: Auch Kommunen sind im Rahmen zur Nachbesetzung gegenüber ärztlichen Mitbewerbern nachrangig zu berücksichtigen.

III. Ambulante Versorgungsunternehmen

9. Kommunen und MVZ

- **„Büsumer Modell“:**
 - Kommune baut und betreibt ein Gebäude mit Gemeindepraxen.
 - Ärzte entweder freiberuflich tätig oder
 - sie sind im kommunalen MVZ als angestellte Ärzte tätig, nach Integration ihrer Praxen.
 - Ärztegenossenschaft Nord (Praxisnetz) übernimmt Organisation und Tagesgeschäft.
 - Start als Hausarztmodell, weitere Ausbaustufen sind denkbar.

IV. Analyse und Diskussion von Fakten und Rechtslage

- Gesetzgeber hat AVU nicht im Fokus.
- Besonderheiten, insbesondere:
 - Unternehmensgröße nach Mitarbeitern und Umsatz,
 - ggfs. mehrere Standorte mit besonderen Anforderungen (Hauptniederlassungen, Filialen (personelle Besetzung)),
 - besonderes Augenmerk auf Trennung von Verwaltung und Medizin,
 - andere Anforderungen an Vergütung,
 - anderer Investitionsbedarf („Heuschrecke“).
- Eigener Leistungserbringer (vgl. § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V (Ärzte, MVZ, ermächtigte Ärzte und Einrichtungen)?

IV. Analyse und Diskussion von Fakten und Rechtslage

- Spezielle Anforderungen an Zulassung?
- Auferlegung besonderer Aufgaben (ländliche Regionen, Anreize für junge Ärzte (Praxisgründung, Vereinbarkeit Familie/Beruf), Fortbildung, Qualitätsstandards, Ausbildung von Fachärzten)?
- Hat Abkehr vom Leitbild des einzelnen Arztes in seiner Praxis begonnen? Sind die Grenzen erreicht?
- Kann der Numerus Clausus der Leistungserbringer hemmend wirken?
- Können neue Strukturen zu Verbesserungen führen?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

**Haben Sie Interesse an unserem
vierteljährlich erscheinenden, kostenlosen
Newsletter zum Medizinrecht?**

**Fragen Sie den Referenten oder besuchen Sie uns unter
www.eep-law.de**

oder

unseren Blog unter

<http://life-sciences-law-blog.com/?id=login!!>