

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz**Wesentliche Änderungen im Zulassungsrecht**

Ch. Jansen

Das am 23.07.2015 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)¹ enthält wesentliche Änderungen der Regelungen über die Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit eines Vertragsarztes im gesperrten Planungsbereich (nahezu alle Planungsbereiche in Deutschland sind für Anästhesisten gesperrt) sowie der Regelungen über die Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZs).

Änderungen bei Abgabe von Zulassungen**Nachbesetzungsverfahren**

Voraussetzung für die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes eines in Einzelpraxis oder in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) niedergelassenen Vertragsarztes ist ein Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens bei dem zuständigen Zulassungsausschuss (ZA).

Bisherige Rechtslage

Der ZA hat zunächst zu prüfen, ob die Praxis von einem Nachfolger fortgeführt werden soll, der Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes ist oder der ein angestellter Arzt bzw. Praxispartner des bisherigen Vertragsarztes ist (sog. privilegierter Personenkreis). Liegt eine Bewerbung aus dem privilegierten Personenkreis vor, hat eine

Nachbesetzung mit Ausschreibungsverfahren zu erfolgen. Andernfalls „**kann**“ der ZA den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist (§ 103 Abs. 3 a Satz 3 SGB V).

Lehnt der ZA die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens ab, wogenen Rechtsmittel möglich sind, hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) dem Vertragsarzt bzw. seinen Erben eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes der Arztpaxis zu zahlen (§ 103 Abs. 3a Satz 8 SGB V). De facto wurde von den ZAs von dieser Möglichkeit seit Inkrafttreten dieser Regelung am 01.01.2012 kaum Gebrauch gemacht und entschieden die ZAs über die Anträge auf Nachbesetzung positiv.

Änderungen durch das GKV-VSG

Durch das GKV-VSG zählen zu den „privilegierten Personen“, bei deren Bewerbung jedenfalls ein Nachbesetzungsverfahren durchzuführen ist, neben Ehegatten, Lebenspartner oder Kind des bisherigen Vertragsarztes nur noch diejenigen Angestellten oder Gemeinschaftspraxispartner, bei denen das entsprechende Vertragsverhältnis mindestens drei Jahre lang angedauert hat, es sei denn, das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Praxisbetrieb wurde vor dem 05.03.2015 begründet (§ 103 Abs. 3a Satz 5 und 6 SGB V n.F.).

Neu in den Kreis der „privilegierten Personen“ aufgenommen wurden Ärzte, die zuvor in einem unversorgten Bereich tätig waren (für Anästhesisten

wohl kaum relevant) und solche Ärzte, die sich verpflichten, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereichs zu verlegen, in dem nach Mitteilung der KV aufgrund einer zu geringen Ärztedichte ein Versorgungsbedarf besteht.

Neu aufgenommen wurde ferner eine Regelung, dass der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen jeweils eine Feststellung zu treffen hat, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad nicht nur um 10% (Folge: Sperre), sondern um 40% überschritten ist (§ 103 Abs. 1 Satz 3 SGB V n.F.). Wenn eine solche Feststellung getroffen ist, „**soll**“ der Zulassungsausschuss den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Diese Umwandlung einer „Kann-Bestimmung“ in eine „Soll-Bestimmung“ hat für große Beunruhigung gesorgt und wurde im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens auf den Bereich mit einer Überschreitung um 40% beschränkt. Auch bei dieser Regelung ist die Ablehnung des Nachbesetzungsverfahrens nicht zwingend. Zunächst muss der ZA die Frage prüfen, ob überhaupt „die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist“, wobei ihm nach der Rechtsprechung zu derartigen Entscheidungen ein weiter Beurteilungsspielraum zusteht. Selbst bei Bejahung dieser Voraussetzung bleibt dem ZA ein Restermessen: Es heißt nicht, dass er die Nachbesetzung

¹ BGBI. I Nr. 3, S 1211 ff.

„abzulehnen hat“, sondern lediglich ablehnen „soll“. Die Ersetzung des Wortes „kann“ durch das Wort „soll“ bedeutet eine vom Gesetzgeber gewollte Umkehr des Regel-Ausnahme-Verhältnisses zwischen Ablehnung und Nachbesetzung und lässt dem ZA ein Restermessen.

Neu aufgenommen wurde ferner eine eher klarstellende Regelung, dass bei der Ermittlung des Verkehrswertes für die Entschädigung, die von der KV im Falle der Ablehnung des Nachbesetzungsverfahrens an den abgebenden Arzt oder dessen Erben zu zahlen wäre, auf den Verkehrswert abzustellen ist, der bei Fortführung der Praxis maßgeblich wäre (§ 103 Abs. 3a Satz 14 SGB V neu). Die Frage der Entschädigung wirft erhebliche Probleme auf, die zu einer Fülle von Rechtsstreitigkeiten führen dürften, falls derartige Fälle eintreten. So ist z. B. umstritten, ob ggf. (richtigerweise!) der gesamte immaterielle Wert der Praxis – auch aus der Versorgung von Privatpatienten, etwaigen Krankenhäusern etc. – zu entschädigen wäre oder nur der KV-

Anteil. Letzteres würde eine Verletzung des grundrechtlich geschützten Eigentums des abgebenden Arztes bedeuten, die kaum einer verfassungsrechtlichen Prüfung standhalten dürfte. Umgekehrt würden es die KVen als kaum zumutbar empfinden, wenn sie immaterielle Werte (Goodwill) entschädigen sollten, die durch die Versorgung von Patienten außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung entstanden sind.

Mögliche Auswirkungen

Mit der Beschränkung der privilegierten Angestellten und Gemeinschaftspraxispartner auf Ärzte, bei denen das entsprechende Vertragsverhältnis drei Jahre bestanden hat, wurden die Gestaltungsmöglichkeiten bei der Nachfolgeplanung durch den Gesetzgeber bewusst eingeschränkt, da vielfach derartige Verträge kurzfristig vor der Übergabe geschlossen wurden, um die Nachbesetzung mit dem gewünschten Nachfolger zu sichern.

Ob die dargestellte Neuregelung im Falle der Feststellung der Überversorgung

von 40% angesichts des verbleibenden Beurteilungsspielraums und Restmessens der Zulassungsausschüsse sowie der streitigen Fragen hinsichtlich der Entschädigungen für den Praxiswert und der beträchtlichen diesbezüglichen Kosten für die KV eine wesentliche Bedeutung haben wird, lässt sich nicht sicher prognostizieren.

Versorgungslage im Fach Anästhesie

Das Fach Anästhesie fällt seit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie des GBA vom 20.12.2012 unter die spezialisierte fachärztliche Versorgung mit den sog. Raumordnungsregionen als Planungsbereichen. Bundesweit sind sämtliche Planungsbereiche für das Fach Anästhesie wegen Überversorgung gesperrt. Nach Erhebungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung („Die Bedarfsplanung und ihre Weiterentwicklung im Lichte des VSG“, 23. Sitzung der konzentrierten Aktion der KBV und Berufsverbände vom 12.06.2015) liegen bundesweit insgesamt 605 Anästhesisten

oberhalb von einem Versorgungsgrad von 140%. Der durchschnittliche Versorgungsgrad im Fach Anästhesie beträgt bundesweit (Stand 2014) 171,9%, ist aber je nach Bundesländern sehr unterschiedlich verteilt:

Baden-Württemberg	150,5%
Bayern	201,5%
Berlin	207,9%
Brandenburg	111,5%
Bremen	257,5%
Hamburg	210,3%
Hessen	191,2%
Mecklenburg-Vorpommern	139,4%
Niedersachsen	173,8%
Nordrhein	188,3%
Rheinland-Pfalz	148,2%
Saarland	147,7%
Sachsen	146,4%
Sachsen-Anhalt	137,9%
Schleswig-Holstein	173,7%
Thüringen	146,5%
Westfalen-Lippe	142,6%

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK, „Ärzteatlas 2015, Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten“.

Die bundesweit höchsten Versorgungsgrade bei Anästhesisten finden sich in Lüneburg (360,5%), München (331,7%), Bremerhaven-Stadt (329,3%), Würzburg (313,2%) und Schleswig-Holstein Mitte (253,3%); die niedrigsten Versorgungsgrade liegen im KV-Gebiet Brandenburg (111,5%), Landshut (112,1%), West-Mecklenburg (112,7%), Oberpfalz-Nord (113,1%) und Arnsberg (113,2%).

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK, a.a.O.)

Von der Neuregelung bezüglich der 140%-Grenze sind also im Fach Anästhesie die Planungsbereiche auch innerhalb eines KV-Bezirks sehr unterschiedlich betroffen.

Hinzuweisen ist darauf, dass die Auslastung der Vertragsärzte im Fachgebiet Anästhesie sehr unterschiedlich ist. Vielen Anästhesisten mit hohen Fall- und Leistungszahlen stehen auch Vertragsärzte mit einem geringen Abrechnungsvolumen gegenüber. Bei Letzteren verschärft sich das Problem einer Ablehnung der Ausschreibung wegen einer vom Zulassungsausschuss ange-

nommenen fehlenden Erforderlichkeit der Nachbesetzung. In derartigen Fällen ist eine sorgfältige Strategie hinsichtlich der Nachbesetzung geboten.

Verzicht auf Zulassung zwecks Anstellung bei Vertragsarzt oder im MVZ

Nicht geändert haben sich die Regelungen in § 103 Abs. 4a und Abs. 4b SGB V, dass ein Vertragsarzt in einem gesperrten Planungsbereich auf seine Zulassung verzichten kann, um in einem MVZ oder bei einem anderen Vertragsarzt als angestellter Arzt tätig zu werden, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen – eine Einschränkung, die in der Praxis bisher kaum eine Bedeutung hatte. Der abgebende Arzt kann nach angemessener Zeit (in der Regel ein „Anstandsquartal“) seine Tätigkeit als angestellter Arzt beenden, die Stelle kann (weiterhin) ohne Nachbesetzungsrisiken mit einem Kandidaten nach Wahl des Arbeitgebers nachbesetzt werden. Seit 01.01.2012 besteht zudem die Möglichkeit der Umwandlung der Anstellungsgenehmigung auf Wunsch des Arbeitgebers in eine vertragsärztliche Zulassung (§ 95 Abs. 9b SGB V für Anstellung bei einem Vertragsarzt, § 103 Abs. 4a Satz 4 SGB V für MVZs).

Diese Regelungen zur Vermeidung etwaiger Nachbesetzungsrisiken könnten bei einer Gestaltung der Nachfolgeplanung (weiter) an Bedeutung gewinnen.

Änderungen bei der Zulassung von MVZs

Nach der bisherigen Rechtslage ist Voraussetzung für die Zulassung eines MVZs, dass es „fachübergreifend“ ist, d. h. es mussten in dem MVZ Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sein (§ 95 Abs. 1 SGB V). Diese Voraussetzung einer „fachübergreifenden Tätigkeit“ des MVZ ist ersatzlos weggefallen, künftig sind sog. „Mono-MVZs“ möglich.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zum fachübergreifenden MVZ musste für jedes der Fachgebiete

(mindestens zwei) mindestens eine halbe Arztstelle zur Verfügung stehen. Nach Wegfall des Kriteriums „fachübergreifend“ müsste nach dieser Rechtsprechung für ein „Mono-MVZ“ ebenfalls eine halbe Stelle und die Tätigkeit eines Arztes ausreichen. Der Wortlaut des § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V, dass Medizinische Versorgungszentren ärztlich geleitete Einrichtungen sind, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind, steht dem jedenfalls nicht entgegen: Der Plural des Wortes „Ärzte“ ist zwangsläufig durch den Plural-Begriff „Medizinische Versorgungszentren“ bedingt, so dass es durchaus möglich ist, dass in **einem MVZ auch nur ein Arzt arbeitet**. Nach ersten Erfahrungen des Verfassers werden diese Fragen jedoch von den einzelnen ZAs und KVen unterschiedlich beurteilt; nicht selten wird auch nach der neuen Rechtslage die Tätigkeit von mindestens zwei Ärzten – wenn auch ggf. gleicher Fachrichtung – in einem MVZ gefordert.

Korrespondenzadresse



**Rechtsanwalt
Dr. Christoph Jansen**

Fachanwalt für Medizinrecht
Arzt-, Vertragsarzt- u. Chefarztrecht
Arbeits-, Krankenhaus- u. Hochschulrecht
Königsallee 22
40212 Düsseldorf, Deutschland
Tel.: 0211 302063-0
Fax: 0211 302063-20
E-Mail: kanzlei@ra-dr-jansen.de