

Dr. Ingo Pflugmacher
Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Verwaltungsrecht
Lehrbeauftragter der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Bedarfsplanung in der anwaltlichen Beratung

Aktuelle Probleme der Bedarfsplanung

Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V., 13.11.2014

In der anwaltlichen Beratung spielt die Bedarfsplanung primär eine Rolle im Zusammenhang mit Anträgen auf Sonderbedarfszulassung und der Erteilung einer Anstellungsgenehmigung im Sonderbedarf sowie in Nachbesetzungsverfahren. Die hierbei auftretenden Probleme betreffen

- die Darlegungspflichten des Antragstellers im Sonderbedarfszulassungsverfahren und die Amtsermittlungspflicht der Zulassungsgremien,
- insbesondere die Beschreibung der Versorgungsregion, der „ausreichenden Anzahl zu versorgender Patienten“, der Ermittlung einer „wirtschaftlich tragfähigen Praxis“, der Sonderbedarfsanstellungsgenehmigung im Umfang eines Anrechnungsfaktors von 0,25 oder 0,75 und der Feststellung der „Versorgungsbereitschaft“ bereits niedergelassener Vertragsärzte,
- die Nachfolgelassung im Bereich der fachärztlichen Inneren Medizin (und Nervenheilkunde und Chirurgie) bei unterschiedlicher Facharztkompetenz unter Berücksichtigung besonderer Versorgungsbedürfnisse (§ 16 Satz 2 BedarfspIRL, § 103 Abs. 4 Nr. 7 SGB V)

Im Einzelnen:

I. Sonderbedarfszulassung und Anstellungsgenehmigung im Sonderbedarf

Einem Antrag auf Zulassung oder Anstellungsgenehmigung im Sonderbedarf ist zu entsprechen, wenn die ausnahmsweise Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztsitzes unerlässlich ist, um die vertragsärztliche Versorgung in einem Versorgungsbereich zu gewährleisten und dabei einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf zu decken (§ 36 Abs. 1 Satz 1 BedarfspIRL). Als „Mindestbedingungen“ sind die „Abgrenzung einer Region, die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll“, und die „Feststellung einer unzureichenden Versorgungslage“ sowie eine „ausreichende Anzahl an Patienten im Ein-

zugsbereich“ zu beachten (§ 36 Abs. 3 Nrn. 1, 2 BedarfspIRL). Der Zulassungsausschuss hat „bei der Ermittlung aller entscheidungsrelevanten Tatsachen eine umfassende Ermittlungspflicht“ (§ 36 Abs. 4 BedarfspIRL), er soll bei der Beurteilung „den unterschiedlichen Anforderungen der Versorgungsebenen der §§ 11 bis 14 BedarfspIRL Rechnung tragen“ (§ 36 Abs. 4 BedarfspIRL).

In der Praxis ergeben sich hieraus folgende Probleme:

1. Beschreibung der Versorgungsregion

Die Bedarfsplanungsrichtlinie selbst enthält keine Vorgaben zum Inhalt eines Antrages auf Zulassung im Sonderbedarf. Vielmehr bestimmt § 36 Abs. 4 Satz 1 BedarfspIRL, dass den Zulassungsgremien bei der Ermittlung aller entscheidungsrelevanten Tatsachen eine umfassende Ermittlungspflicht obliegt.

In den tragenden Gründen zu § 36 BedarfspIRL vom 16.05.2013 führt der G-BA jedoch Folgendes aus:

„Wird die Bezugsregion des Antragstellers vom Zulassungsausschuss als für den Inhalt des Antrages nicht zulässig bewertet und in Fällen, in denen der Antragsteller keine Bezugsregion nennt, ist der Antrag abzulehnen.“

Tragende Gründe zum Beschluss des G-BA vom 16.05.2013, § 36 Abs. 3, S. 10.

Diese Erwägung in den tragenden Gründen widerspricht der umfassenden Amtsermittlungspflicht. Es dürfte zwar der Mitwirkungspflicht des Antragstellers entsprechen, die von ihm für richtig erachtete Bezugsregion zu beschreiben, hieran dürfen jedoch keine zu hohen Anforderungen gestellt werden, da dem Antragsteller zahlreiche Daten, die für eine abschließende Beschreibung der Bezugsregion notwendig sind, in der Regel nicht vorliegen. Dies betrifft insbesondere Daten zur Anzahl der einpendelnden Patienten bzw. der Mitversorgungsanteile in anderen Regionen und die Daten zu Fallzahlen und Leistungsinhalt in der Region bereits niedergelassenen Vertragsärzte.

Entgegen den tragenden Gründen kann - so die Auffassung des Unterzeichners - von den Zulassungsgremien eine vom Antragsteller benannte Bezugsregion nicht als „für den Inhalt des Antrags nicht zulässig bewertet“ werden, auch kann eine Ablehnung des Antrages nicht allein deshalb erfolgen, weil der Antragsteller keine Bezugsregion genannt hat. Auf Antragstellung hin hat in jedem Fall - so die Auffassung des Unterzeichners - eine Bedarfsanalyse durch die Zulassungsgremien stattzufinden, ggf. haben diese „auf der ersten Stufe“ die Bezugsregion selbst festzulegen.

2. Ausreichende Patientenzahl im Einzugsbereich

Nachdem § 36 Abs. 3 Nr. 1 BedarfspIRL von der „zu versorgenden Region“ spricht, formuliert § 36 Abs. 3 Nr. 2 BedarfspIRL, dass „der Einzugsbereich über eine ausreichende Anzahl an Patienten verfügen“ muss. Der unterschiedliche Wortlaut - Bezugsregion einerseits, Einzugsbereich andererseits - könnte nahelegen, dass unterschiedliche räumliche Bezugsgrößen gemeint sind. Die tragenden Gründe des G-BA belegen allerdings eine solche Auslegung nicht, trotz der Verwendung unterschiedlicher Begrifflichkeiten dürften - so die Auffassung des Unterzeichners - Bezugsregion und Einzugsbereich identisch sein. Eine sprachliche Klarstellung könnte für die Praxis hilfreich sein.

Für die Ermittlung einer „ausreichenden Patientenzahl“ kommen die Verhältniszahlen der jeweiligen Arztgruppe nach der BedarfspIRL oder die durchschnittlichen Fallzahlen der Fachgruppe in Betracht (so die tragenden Gründe des G-BA zum Beschluss vom 16.05.2013, S. 10). Die beiden unterschiedlichen Ansätze können jedoch zu völlig unterschiedlichen Ergebnissen führen, da die Verhältniszahlen (Arzt-Einwohner-Relation) keinerlei Fallzahlbezug aufweisen. Die Behandlungsfälle pro Arzt korrelieren faktisch wiederum nicht mit der Arzt-Einwohner-Relation, was an den Planungsblättern aktueller Bedarfspläne (z. B. Bedarfsplan Niedersachsen, Kinder- und Jugendlichenpsychiater) nachgewiesen werden kann.

Das vom G-BA postulierte Ziel, „mit Hilfe einheitlicher Kriterien die Prüfung eines Antrages auf Sonderbedarf in Zukunft einem einheitlichen Schema folgen zu lassen und so eine einheitliche Praxis in den Zulassungsausschüssen zu gewährleisten“

(tragende Gründe zum Beschluss vom 16.05.2013, S. 10)

wird - so die Auffassung des Unterzeichners - über das nicht hinreichend spezifizierte Kriterium der „angemessenen Patientenzahl“ nicht erreicht.

3. Sonderbedarfsanstellungsgenehmigung mit dem Anrechnungsfaktor 0,25 oder 0,75

Das BSG hat mit seiner Entscheidung vom 23.06.2010, B 6 KA 22/09 R, Rnr. 28, Folgendes entschieden:

„Nicht tragfähig wäre es auch, die Ermittlungen und Feststellungen zum Versorgungsbedarf nur auf die „überwiegende“ Zahl der Einwohner auszurichten. Dem Versorgungsanspruch der Versicherten ist nicht schon dann Genüge getan, wenn deren überwiegende Anzahl ihn realisieren kann. Vielmehr steht der Versorgungsanspruch jedem einzelnen Versicherten zu.“

Es ist also denkbar - und kommt in der Praxis vor -, dass mehrere Versicherte, die in der Summe nicht den „Behandlungsumfang“ eines vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages ausfüllen werden, aufgrund ihres Versorgungsbedarfes eine Sonderbedarfsanstellungsgenehmigung im Umfang eines Anrechnungsfaktors von 0,25 (oder auch 0,75) rechtfertigen würden. Folgender Sachverhalt ist z. B. derzeit vor einem deutschen Berufungsausschuss anhängig: Ein MVZ verfügt über eine „reguläre“ Arztstelle mit hälftigem Versorgungsauftrag. Es besteht im Einzugsbereich allerdings ein Versorgungsbedarf, der einer Arztstelle mit dem Anrechnungsfaktor 0,75 entspricht. Das MVZ beantragt eine Sonderbedarfsanstellungsgenehmigung im Umfang eines (weiteren) Anrechnungsfaktors von 0,25.

Der G-BA formuliert in den tragenden Gründen zu § 36 Abs. 8 BedarfspIRL vom 16.05.2013 wie folgt:

„Dabei ist eine Teilanstellung mit dem Faktor 0,25 oder 0,75 auf Grundlage von Sonderbedarf auszuschließen. Voraussetzung für den Sonderbedarf ist, dass durch den antragstellenden Arzt eine angemessene Zahl an Patienten und eine angemessene Fläche versorgt werden. Dieser Versorgungsbeitrag lässt sich kaum auf Viertel- oder Dreiviertelstellen eingrenzen und herunterbrechen. Vor diesem Hintergrund sollen Sonderbedarfe auch für Angestellte nur in vollem oder hälftigem Umfang erfolgen.“

Diese Überlegung korrespondiert nicht mit der gesetzlichen und nach der Bedarfsplanungsrichtlinie vorgesehenen Möglichkeit der im Umfang des Anrechnungsfaktors 0,25 gestuften Anstellung. Sie korreliert auch nicht mit der Bedarfssituation, die dem Umfang eines 1/4-Versorgungsauftrages entsprechen kann. Folgen die Zulassungsgremien den „tragenden Gründen“ des G-BA, so werden sie entweder einen Sonderbedarf im Umfange des Anrechnungsfaktors 0,25 ablehnen (und damit dem Anspruch der Versicherten nicht gerecht werden) oder sie werden die Sonderbedarfszulassung auf einen jeweils hälftigen (oder ganzen) Versorgungsauftrag „aufrunden“, damit aber dem Grundsatz des Abbaus der Überversorgung widersprechen.

Bei richtigem Verständnis - so die Auffassung des Unterzeichners - können Sonderbedarfsanstellungsgenehmigungen auch im Umfang eines Anrechnungsfaktors von 0,25 oder 0,75 erteilt werden.

4. „Wirtschaftlich tragfähige Praxis“

Das Kriterium der „wirtschaftlich tragfähigen Praxis“ wird im Verfahren der Sonderbedarfszulassung und -anstellungsgenehmigung von der neuen BedarfspIRL beibehalten.

Das BSG hat im Zusammenhang mit der Sonderbedarfszulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag festgestellt, dass „im Falle des Begehrens nach einem nur hälftigen Versorgungsauftrag die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Praxis nur in entsprechend geringerem Umfang gegeben“ sein muss (BSG vom 08.12.2010, B 6 KA 36/09 R, Rnr. 24). Diese Überlegung überzeugt, da der mit hälftigem Versorgungsauftrag tätige Arzt seine Arbeitskraft im Übrigen für andere Erwerbsmöglichkeiten einsetzen kann.

Aus dieser Überlegung ergibt sich aber auch, dass das Kriterium der wirtschaftlich tragfähigen Praxis einer Sonderbedarfsanstellungsgenehmigung z. B. mit dem Anrechnungsfaktor 0,25 nicht entgegensteht. Auch der in dieser Weise mit einem Umfang von bis zu 10 Wochenstunden angestellte Arzt kann seine Arbeitskraft im Übrigen anderweitig einsetzen.

Das Kriterium bedarf - so die Auffassung des Unterzeichners - jedoch der Weiterentwicklung, die aufgrund der Möglichkeit der Sonderbedarfsanstellung erforderlich ist: Aus Sicht des arbeitgebenden Arztes oder des arbeitgebenden MVZ ist eine Sonderbedarfsanstellung wirtschaftlich, wenn die hierdurch zu erwartenden Einnahmen die mit der Beschäftigung einhergehenden Kosten mindestens decken. Wenn also z. B. in einem MVZ ein Arzt im Wege des Sonderbedarfes und im Umfang des Anrechnungsfaktors 0,25 angestellt werden soll, so ist zu ermitteln, ob dies aus Sicht des MVZ-Trägers wirtschaftlich ist. Hierzu kann das arbeitsvertraglich vereinbarte Einkommen den zu erwartenden Einnahmen gegenübergestellt werden. Dies können die Zulassungsgremien leisten. Der Antragsteller wird bei Zweifeln darzulegen haben, ob ihm sonstige Kosten entstehen. Dies ist nicht zwingend der Fall, da eine solche „Teilzeit-Anstellung“ nicht notwendigerweise mit einer Erhöhung der Kosten des nicht-ärztlichen Personals oder gar der Raumkosten einhergehen muss. Betrachtet man schließlich den - in der Praxis vorkommenden - Fall, dass das MVZ in unmittelbarer Trägerschaft eines Krankenhauses steht und der für die Teilzeit-Anstellung im MVZ vorgesehene Arzt bisher vollzeitlich beim Krankenhaus beschäftigt ist, so kann sich Folgendes ergeben: Mit der Teilzeit-Anstellung im MVZ reduzieren sich die Gehaltskosten für seine bisherige vollzeitliche Tätigkeit im stationären Krankenhausbereich. Zusätzliche Kosten aufgrund nicht-ärztlicher, personeller oder apparativer Ressourcen entstehen nicht. Für das Krankenhaus als MVZ-Träger liegt also eine wirtschaftlich tragfähige Praxis bereits dann vor, wenn der Teilzeit-Angestellte auch nur einen Patienten aufgrund des Sonderbedarfes behandeln würde.

Das Kriterium der wirtschaftlich tragfähigen Praxis bedarf - so die Auffassung des Unterzeichners - insbesondere für Sonderbedarfsanstellung einer auf den Einzelfall bezogenen Betrachtung der Einnahmen und Kosten. Eine generalisierende Betrachtung ist nicht sachgerecht und wird auch dem Hintergrund dieses Kriteriums (Verhinderung einer unwirtschaftlichen Mengenausweitung) nicht gerecht.

II. Nachbesetzungsverfahren

Insbesondere in den bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppen der fachärztlichen Internisten, der Chirurgen und der Nervenärzte werden unterschiedliche Facharztkompetenzen (nach neuem Weiterbildungsrecht) zusammengefasst. Die Bedarfsplanung erlaubt also keine „Feinsteuerung“ auf der Ebene der Facharztkompetenz. Dies erkennend bestimmt § 16 BedarfspIRL, dass im Fall der Praxisnachfolge die Praxis auch für Ärzte ausgeschrieben werden kann, welche ganz oder teilweise in einem Fachgebiet tätig sind, welches mit dem alten Fachgebiet übereinstimmt und bei der Nachbesetzung zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung eine ausgewogene Verteilung der von dieser Regelung betroffenen Fachgebiete gesichert werden soll.

In den tragenden Gründen nach § 16 BedarfspIRL führt der G-BA Folgendes aus:

„Mit dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung soll daher durch die Zulassungsausschüsse bei der Nachbesetzung eines Praxissitzes im Sinne des § 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 7 SGB V berücksichtigt werden, dass eine sinnvolle, ausgewogene Verteilung der Subspezialitäten, insbesondere bei Fachinternisten und Nervenärzten, erreicht wird.“

Nach § 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 7 SGB V haben die Zulassungsgremien bei der Bewerberauswahl zu berücksichtigen, ob „besondere Versorgungsbedürfnisse, die in der Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung definiert worden sind“ vom Bewerber erfüllt werden. Diese Regelung führt in der Praxis zu Problemen und ermöglicht deshalb nur in sehr eingeschränktem Maß eine „Feinsteuerung“ entsprechend der Subspezialisierungen bzw. Facharztkompetenzen im Wege der Nachfolgezulassung:

Wir z. B. ein fachinternistischer Vertragsarztsitz ohne Versorgungsschwerpunkt zur Nachbesetzung ausgeschrieben, so müsste die Kassenärztliche Vereinigung bereits im Wege der Ausschreibung besondere Versorgungsbedürfnisse im Hinblick auf die Facharztkompetenzen, also z. B. Gastroenterologie oder Kardiologie, definieren. Dies findet - soweit ersichtlich - wenn überhaupt nur in sehr eingeschränktem Umfang statt. Bei der Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes zur Nachbesetzung in Gemeinschaftspraxis dürfte darüber hinaus die Vorgabe eines solchen Versorgungsbedürfnisses nicht mit den vorhandenen Praxisstrukturen und den Interessen der verbleibenden Gemeinschaftspraxispartner zu vereinbaren sein.

Noch deutlicher werden die Probleme bei der Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes, auf dem bisher z. B. internistisch-gastroenterologisch gearbeitet wurde: Die Kassenärztliche Vereinigung sieht ein besonderes Versorgungsbedürfnis im Bereich der Kardiologie und definiert dies in der Ausschreibung. Es bewerben sich sodann ein Gastroenterologe und ein Kardiologe. Der Gastroenterologe kann und will das materielle und immaterielle Praxisvermögen erwerben, der Kar-

diologe hat aber an der Übernahme der Gastroskopie-Einheit und auch des immateriellen Vermögens in Bezug auf Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen kein Interesse. Er müsste aber dennoch einen Kaufvertrag abschließen, um dem Grundsatz, dass nur der Praxiskäufer in Nachfolge zugelassen werden kann, Rechnung zu tragen.

Insbesondere im Bereich der Inneren Medizin liegen - so die Auffassung des Unterzeichners - bisher keine rechtlichen Instrumente vor, die in tauglicher Weise eine „Feinsteuerung“ auf der Ebene der heutigen Facharzt Kompetenzen ermöglichen.

Bonn, den 05.11.2014

Dr. Ingo Pflugmacher