





KBV

FORTBILDUNG

Zentrale Mitarbeiterfortbildung
der **K**assenärztlichen **B**undes**v**ereinigung



Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Stand: 2014



4

Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Autorin: Ass. jur. Bianca Hartz

Stand: März 2014

Ass. jur. Bianca Hartz
Leiterin der Abteilung Zulassung/Praxisberatung
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Kontakt über:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Referat KBV-Akademie
Postfach 12 02 64
10592 Berlin

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	7
Abbildungsverzeichnis	8
Lernziele	9
1 Rechtsgrundlagen	10
2 Einleitung	11
2.1 Umfang der vertragsärztlichen Versorgung	11
2.2 Hausärztliche Versorgung	12
2.3 Fachärztliche Versorgung	12
2.4 Formen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	12
3 Zulassung von Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren	14
3.1 Zulassung von Vertragsärzten bzw. Psychotherapeuten	14
3.1.1 Eintragung von Ärzten in das Arztregister (§ 95a SGB V)	14
3.1.2 Eintragung von Psychotherapeuten in das Arzt- bzw. Psychotherapeutenregister (§ 95c SGB V)	15
3.1.3 Erforderliche Unterlagen für die Eintragung von Ärzten und Psychotherapeuten in das Arztregister	16
3.1.4 Führung des Arztregisters	16
3.1.5 Örtliche Zuständigkeit und Inhalt der Eintragung	16
3.1.6 Rechtsfolge der Eintragung	17
3.1.7 Eignung zur Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit	17
3.1.8 Unterlagen für die Zulassung	18
3.1.9 Bedarfsplanerische Voraussetzungen/Nachbesetzungsverfahren	19
3.1.9.1 Keine Zulassungsbeschränkungen	20
3.1.9.2 Nachbesetzungsverfahren bei Zulassungsbeschränkungen	20
3.1.9.3 Umwandlung eines Anstellungsverhältnisses in eine Zulassung	22
3.2 Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren	23
3.2.1 Gründereigenschaft	24
3.2.2 Fachübergreifende Kompetenz	24

3.2.3	Ärztliche Leitung	25
3.2.4	Zulässige Rechtsform	25
3.2.5	Bürgschaftserklärung	25
3.2.6	Einzureichende Unterlagen	26
3.2.7	Bedarfsplanerische Voraussetzungen	26
3.2.8	Anstellung	27
3.3	Rechtsfolgen der Zulassung	27
3.3.1	Versorgungspflicht	27
3.3.2	Präsenzpflicht, Verlegung und Zweigpraxisgenehmigung	28
3.3.3	Persönliche Leistungserbringung	31
3.3.4	Berufsrecht und vertragsärztliche Regelungen	32
3.3.5	Teilnahme am Notdienst	32
3.3.6	Wirtschaftlichkeitsgebot	33
3.3.7	Fortbildungspflicht	33
3.3.8	Verbot der Zuweisung gegen Entgelt	33
3.3.9	Kollektiver Zulassungsverzicht	34
3.4	Formen der Berufsausübung	34
3.4.1	Berufsausübungsgemeinschaft	34
3.4.2	Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft	36
3.4.3	Praxisgemeinschaft, Apparate- sowie Laborgemeinschaft	36
3.4.4	Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes	36
3.4.5	Belegärztliche Tätigkeit	37
3.5	Ende der Zulassung von Vertragsärzten und medizinischen Versorgungszentren	38
3.5.1	Ende der Zulassung von Vertragsärzten	38
3.5.2	Ende der Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren	39
3.6	Entziehung der Zulassung von Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren	40
3.6.1	Entziehung der Zulassung eines Vertragsarztes	40
3.6.2	Entziehung der Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums	40
3.7	Ruhen der Zulassung	41

4	Anstellung von Ärzten im Rahmen vertragsärztlicher Tätigkeit	42
4.1	Die Anstellung durch Vertragsärzte	42
4.2	Die Anstellung an einem Medizinischen Versorgungszentrum	43
5	Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen	44
5.1	Ermächtigung von Ärzten	44
5.2	Umfang der Ermächtigung	46
5.3	Rechtsfolge der Ermächtigung eines Krankenhausarztes nach §§ 116 SGB V, 31a Ärzte-ZV	47
5.4	Pflichten des ermächtigten Arztes	47
5.5	Ende der Ermächtigung	47
5.6	Ermächtigung von ärztlich geleiteten Einrichtungen	47
5.6.1	Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung	47
5.6.2	Hochschulambulanzen	48
5.6.3	Psychiatrische Institutsambulanzen	48
5.6.4	Geriatrische Institutsambulanzen	48
5.6.5	Sozialpädiatrische Zentren	49
5.6.6	Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe	49
5.6.7	Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen	49
5.7	Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	50
5.8	Ambulante Behandlung im Krankenhaus außerhalb einer Ermächtigung	50
6	Zulassungs- und Berufungsverfahren	53
6.1	Rechtsgrundlagen	53
6.2	Zulassungsinstanzen	53
6.2.1	Zulassungsausschuss	53
6.2.2	Berufungsausschuss	54
6.2.3	Geschäftsführung, Aufsicht und Kosten	55
7	Bedarfsplanung	56
7.1	Von der Bedarfsplanung erfasste Arztgruppen	57
7.2	Planungsbereiche	58
7.3	Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades	58

7.4	Überversorgung	60
7.5	Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen	60
7.6	Zulassung/Anstellung trotz Überversorgung	61
7.6.1	Job-Sharing	61
7.6.2	Lokaler und qualifikationsbezogener Sonderbedarf	61
7.6.3	Zulassung eines Belegarztes	63
7.6.4	Hochschullehrer	63
7.7	Unterversorgung	63
7.8	Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf	63
7.9	Gemeinsames Landesgremium	64
8	Beteiligung von Patientinnen und Patienten	65
9	Sicherstellung	66
9.1	Eigeneinrichtungen	66
9.2	Strukturfonds	66
	Literaturverzeichnis	67
	Fragen zur Selbstkontrolle	68
	Schlagwortverzeichnis	69
	Übersicht der bereits erschienenen KBV-Fortbildungshefte	72

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
ASV	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung
BÄK	Bundesärztekammer
BÄO	Bundesärzteordnung
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
BSG	Bundessozialgericht
DÄB	Deutsches Ärzteblatt
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EG	Europäische Gemeinschaft
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-NOG	1. und 2. Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Versorgungsstrukturgesetz
i. S. v.	im Sinne von
i. V. m.	in Verbindung mit
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MBO	Musterberufsordnung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
n. F.	neue Fassung
PsychThG	Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung
VÄndG	Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften – Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Zulassung von Vertragsärzten und Psychotherapeuten	14
Abbildung 2:	Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren	23
Abbildung 3:	Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes	30
Abbildung 4:	Ermächtigung von Ärzten	44
Abbildung 5:	Beplante Arztgruppen	57
Abbildung 6:	Verhältniszahlen	58

Lernziele

Wenn Sie dieses Fortbildungsheft intensiv gelesen haben, sollten Sie einem Außenstehenden erklären können, unter welchen Voraussetzungen und in welcher Art und Weise heutzutage die Teilnahme an der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung möglich ist. Die Teilnahmeformen sind wesentlich vielfältiger und liberaler als früher und gerade deswegen ist es sinnvoll, sich umfassend zu informieren und die Beratungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigungen wahrzunehmen.

Im Einzelnen sollten Sie nach der Lektüre wissen,

- welche Teilnahmeformen an der vertragsärztlichen Versorgung das Vertragsarztrecht kennt,
- welche Voraussetzungen zur Eintragung in ein Arztregister erfüllt sein müssen,
- welche zusätzlichen Voraussetzungen für die Zulassung erforderlich sind und wann eine Zulassung endet,
- was für eine Anstellung eines Arztes bei einem Vertragsarzt oder an einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) erforderlich ist,
- wie aus einer Anstellung eine Zulassung wird,
- unter welchen Voraussetzungen ein MVZ zugelassen wird und wann die Zulassung eines MVZ endet,
- wie ein Krankenhausarzt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen kann,
- unter welchen Voraussetzungen ärztlich geleitete Institute ermächtigt werden können,
- wer für die Beschlussfassung in Zulassungs- und Ermächtigungsangelegenheiten zuständig ist.

Letztendlich soll Ihnen die Broschüre die Möglichkeit eröffnen, die maßgeblichen gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen oder die einschlägigen Richtlinien zu finden, damit Sie sich aus den Rechtsquellen selbst, die Sie alle im Internet finden, über die jeweils aktuelle Regelung informieren können, denn das Vertragsarztrecht unterliegt einem ständigen Wandel.

1 Rechtsgrundlagen

Sozialgesetzbuch V und X (SGB V und SGB X)

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

Bundesmantelvertrag – Ärzte/Primärkassen (BMV-Ä)

Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen (BMV-EKV)

Bedarfsplanungs-Richtlinie

Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V – ASV-RL

Musterberufsordnungen der Ärzte und der Psychotherapeuten (MBO-Ä, MBO-PP)

Berufs- und Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern und Landespsychotherapeutenkammern

Bundesärzteordnung (BÄO)

Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

2 Einleitung

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen gemäß § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V zugelassene Ärzte und zugelassene Medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Geregelt ist die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in den §§ 95 bis 122 SGB V sowie in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV). Das am 01.01.2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) hat das Vertragsarztrecht an das aufgrund der zum 01.01.2004 eingeführten Medizinischen Versorgungszentren liberalisierte Berufsrecht angepasst und geht teilweise darüber hinaus. Neu sind seitdem insbesondere die Möglichkeiten zur Anstellung auch fachfremder Ärzte durch Vertragsärzte (dazu unten 4), zur gemeinsamen – gegebenenfalls überörtlichen oder nur bezogen auf einzelne Leistungen – Berufsausübung unter allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern (dazu unten 3.4.1), zur erleichterten Gründung von Zweigpraxen (dazu unten 3.3.2) sowie zur Beschränkung auf einen halben Versorgungsauftrag (dazu unten 3.3.1).

Aufträge von erheblicher Bedeutung für die Möglichkeiten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sind dem G-BA mit dem größtenteils am 01.01.2012 in Kraft getretenen GKV-VStG erteilt worden, da er die Bedarfsplanung neu ordnen und die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V konkretisieren sollte. Eine neue Fassung der Bedarfsplanungsrichtlinie ist am 01.01.2013 in Kraft getreten. Eine neue Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V hat der G-BA am 21.03.2013 beschlossen.

Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) führte mit Wirkung ab 01.01.1999 zwei neue Heilberufe in das Vertragsarztrecht ein, und zwar den des Psychologischen Psychotherapeuten und den des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Seitdem gelten die in den §§ 72 ff. SGB V enthaltenen Vorschriften, die sich auf Ärzte beziehen, entsprechend für Psychotherapeuten, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist (§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Sofern im Folgenden somit von Ärzten gesprochen wird, gelten die Erläuterungen auch für die Psychologischen Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten¹.

2.1 Umfang der vertragsärztlichen Versorgung

§ 73 Abs. 2 SGB V regelt im Einzelnen, was die vertragsärztliche Versorgung umfasst und der Bundesmantelvertrag-Ärzte konkretisiert dies in § 2. Neben der ärztlichen Behandlung gehören hierzu u. a. präventive Leistungen, die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit.

¹ Zur Vereinfachung wird im Übrigen die männliche Form gewählt. Selbstverständlich gelten alle Ausführungen auch für Ärztinnen sowie Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen.

2.2 Hausärztliche Versorgung

Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung (§ 73 SGB V). An der hausärztlichen Versorgung nehmen Allgemeinärzte, praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung und Kinderärzte teil sowie Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, sofern sie sich für die hausärztliche Versorgung entschieden haben. Die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung ist auf dem Praxisschild anzugeben (§ 76 Abs. 3 SGB V).

2.3 Fachärztliche Versorgung

Die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil. Kinderärzte mit Schwerpunkt können auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Im Falle einer nicht bedarfsgerechten Versorgung kann der Zulassungsausschuss Internisten und Kinderärzten ohne Schwerpunktbezeichnung, die sich für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung entschieden haben, eine befristete Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gestatten. Ferner hat der Zulassungsausschuss die Möglichkeit, Allgemeinärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, eine Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung zu erteilen.

2.4 Formen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Die vertragsärztliche Versorgung erfolgt durch zugelassene Ärzte und Medizinische Versorgungszentren (dazu unten 3) sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen (dazu unten 5). Zugelassene Ärzte und Medizinische Versorgungszentren können Ärzte anstellen (dazu unten 4).

Im Rahmen einer Ermächtigung können Hochschulambulanzen bzw. staatlich anerkannte psychotherapeutische Ausbildungsstätten (§ 117 SGB V), psychiatrische Krankenhäuser (§ 118 Abs. 1 SGB V), geriatrische Institutsambulanzen (§ 118a SGB V), sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V), Einrichtungen der Behindertenhilfe, die über eine ärztlich geleitete Abteilung verfügen (§ 119a SGBV), stationäre Pflegeeinrichtungen (§ 119b SGB V) sowie bei Unterversorgung zugelassene Krankenhäuser (§ 116a SGB V) an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind von Gesetzes wegen ermächtigt. Durch den Abschluss von Verträgen über die ambulante Erbringung ärztlicher Leistungen werden Einrichtungen nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes in die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung eingebunden (§ 75 Abs. 9 SGB V).

Besonderheiten gelten für die sogenannten neuen Bundesländer. Gemäß § 311 Abs. 2 SGB V nehmen nach wie vor die im Beitrittsgebiet bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulato-

rien, Arztpraxen) sowie diabetologische, nephrologische, onkologische und rheumatologische Fachambulanzen in dem Umfang, in dem sie am 31.12.2003 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen waren, weiterhin an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Für diese Einrichtungen gelten die Regelungen des SGB V, die sich auf Medizinische Versorgungszentren beziehen, entsprechend.

Fachwissenschaftler der Medizin können durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in den sogenannten neuen Bundesländern ermächtigt werden, soweit dies zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung notwendig ist. Voraussetzung ist der Nachweis einer erfolgreich abgeschlossenen Weiterbildung, die nach dem maßgeblichen Recht der neuen Bundesländer für ein entsprechendes postgraduales Studium vorgesehen ist. Die Ermächtigung darf unbefristet erteilt werden (§ 7 BMV-Ä, § 11 BMV-EKV). Besonderheiten gelten für Fachwissenschaftler der Medizin der Fachrichtung Klinische Chemie und Labordiagnostik.

3 Zulassung von Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen vorrangig zugelassene Vertragsärzte bzw. Medizinische Versorgungszentren teil. Die Zulassung erfolgt durch den Zulassungsausschuss, einem paritätisch mit weisungsunabhängigen Vertretern der Ärzte sowie der Krankenkassen besetzten Ausschuss (dazu unten 6). Sie berechtigt zur Behandlung der gesetzlich Versicherten.

3.1 Zulassung von Vertragsärzten bzw. Psychotherapeuten

Zulassung von Vertragsärzten und Psychotherapeuten	
Voraussetzungen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Eintragung in ein Arztregister 2. Persönliche Eignung 3. Antrag 4. Bedarfsplanerische Voraussetzungen 	Ende: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tod 2. Verzicht 3. Ablauf des Befristungszeitraumes 4. Wegzug 5. Entziehung der Zulassung
Zuständig: Zulassungsausschuss	

Abbildung 1: Zulassung von Vertragsärzten und Psychotherapeuten

Einen Anspruch auf Zulassung haben alle Ärzte und Psychotherapeuten, die in ein Arztregister eingetragen sind, die unter 3.1.8 aufgeführten Unterlagen einreichen, geeignet zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit sind und deren Zulassung nicht wegen Zulassungsbeschränkungen abgelehnt werden muss (vgl. §§ 18, 19 Ärzte-ZV).

Das Verfahren ist somit zweistufig:

- Der Arzt bzw. Psychotherapeut muss die Eintragung in das Arztregister der KV, in dessen Bezirk er seinen Wohnort hat, beantragen.
- Er muss beim Zulassungsausschuss der KV, in dessen Bezirk sich der Vertragsarztsitz befindet, seine Zulassung beantragen.

3.1.1 Eintragung von Ärzten in das Arztregister (§ 95a SGB V)

Für die Eintragung in ein Arztregister sind neben der Approbation als Arzt der erfolgreiche Abschluss einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet bzw. die bis zum 31.12.1995 erworbene Befugnis zum Führen der Bezeichnung Praktischer Arzt oder bestimmte gleichgestellte Qualifikatio-

nen aus Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft erforderlich. Rechtsgrundlage für die Erteilung der Approbation ist die Bundesärzteordnung in der jeweiligen Fassung. Sie kann unter bestimmten Voraussetzungen auch an ausländische Staatsangehörige erteilt werden. Nicht gleichzusetzen mit der Approbation ist die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs nach § 10 Bundesärzteordnung.

Die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin muss seit dem 01.01.2006 grundsätzlich nach einer mindestens fünfjährigen erfolgreichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin erworben worden sein. Die allgemeinmedizinische Weiterbildung muss unabhängig von ihrer Dauer inhaltlich mindestens den Anforderungen der Richtlinie des Rates der EG vom 15.09.1986 über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin (86/457/EWG) entsprechen, mit dem Erwerb der Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin abschließen und bestimmte Tätigkeiten einschließen (§ 95a Abs. 3 SGB V).

Eine einmal erwirkte Arztregistereintragung muss bundesweit von jedem Zulassungsausschuss akzeptiert werden.

3.1.2 Eintragung von Psychotherapeuten in das Arzt- bzw. Psychotherapeutenregister (§ 95c SGB V)

Die Psychotherapeuten haben wie die Ärzte den Erwerb einer Approbation zu belegen, und zwar entweder als Psychologischer Psychotherapeut oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, und den sogenannten Fachkundenachweis zu erbringen. Für den Fachkundenachweis ist maßgeblich, ob ein Psychotherapeut nach § 2 PsychThG (heutige Regelausbildung) oder nach § 12 PsychThG (Übergangsvorschrift) approbiert ist. Voraussetzung für die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist in beiden Fällen der erfolgreiche Abschluss im Studiengang Psychologie oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut auch in den Studiengängen Pädagogik oder Sozialpädagogik. Daran anschließend muss heute eine im PsychThG geregelte sogenannte vertiefte Ausbildung absolviert werden, die mit einer staatlichen Prüfung abschließt.

Der Fachkundenachweis setzt voraus (vgl. § 95c Satz 2 Nr. 1 – 3 SGB V), dass die für die jeweilige Approbationserteilung erworbene Qualifikation in einem durch den G-BA anerkannten Behandlungsverfahren (sog. Richtlinienverfahren; derzeit Verhaltenstherapie, analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) erfolgte. Sofern ein Psychotherapeut sowohl als Psychologischer Psychotherapeut als auch als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut approbiert ist und er für jede Approbation auch den Fachkundenachweis erbringen kann, muss er mit beiden Berufsbezeichnungen in das Arztregister eingetragen werden, wenn er dies beantragt.

3.1.3 Erforderliche Unterlagen für die Eintragung von Ärzten und Psychotherapeuten in das Arztregister

Die Eintragung erfolgt auf Antrag und diesem sind nach §§ 95a und c SGB V i. V. m. § 4 Ärzte-ZV insbesondere beizufügen:

- Geburtsurkunde
- Urkunde über die Approbation
- Nachweis über die ärztliche/psychotherapeutische Tätigkeit nach der Approbation
- Facharztanerkennung bzw. Fachkundenachweis

Grundsätzlich sind die Originaldokumente vorzulegen. Ist dies nicht möglich, so sind die nachzuweisenden Tatsachen glaubhaft zu machen, wobei es für den Nachweis der Approbation und der ärztlichen Tätigkeit nicht ausreicht, dass der Antragsteller eine eidesstattliche Erklärung vorlegt. Es müssen weitere Beweismittel wie beispielsweise Zeugenaussagen angeboten werden.

3.1.4 Führung des Arztregisters

Für jeden Zulassungsbezirk einer KV sind gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV von der KV ein Arztregister sowie die Registerakten, die die für die Eintragung erheblichen Unterlagen der Ärzte enthalten, zu führen. Das Arztregister umfasst die Ärzte, die die Voraussetzungen für die Eintragung erfüllen und die Eintragung beantragt haben. Es ist nach einem festgelegten Muster zu führen und muss Angaben über die Person und die berufliche Tätigkeit des Arztes enthalten, die für die Zulassung von Bedeutung sind. Auch die zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren werden in das Register eingetragen.

3.1.5 Örtliche Zuständigkeit und Inhalt der Eintragung

Der Antrag auf Eintragung in das Arztregister muss bei der KV beantragt werden, in deren Bezirk der Antragsteller seinen Wohnsitz hat (§ 4 Ärzte-ZV). Hat der Antragsteller keinen deutschen Wohnsitz, so hat er das Recht der Wahl unter allen Arztregistern. Bis zum 31.12.2006 konnte ein Arzt nach der Eintragung in ein Arztregister nicht in ein weiteres eingetragen werden. Die maßgebliche Regelung in § 4 Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV wurde gestrichen, weil Ärzte seit dem 01.01.2007 in den Bezirken von zwei Kassenärztlichen Vereinigungen jeweils einen halben Versorgungsauftrag (dazu unten 3.3.1) übernehmen können.

Bei einem Umzug erfolgt nur auf Antrag eine Umschreibung (§ 5 Ärzte-ZV). Von Amts wegen wird ein Arzt umgeschrieben, wenn er für einen Vertragsarztsitz zugelassen wird, für den ein anderes Arztregister zuständig ist, es sei denn, er übernimmt nur einen halben Versorgungsauftrag und behält einen halben in dem bisherigen Zulassungsbezirk. Dann wird er in beide Arztregister eingetragen. Im Falle der Umschrei-

bung hat die bisher registerführende Stelle einen Registerauszug und die Registerakten des Arztes der nunmehr registerführenden Stelle zu übersenden. Gestrichen wird ein Arzt im Arztregister, wenn er es beantragt, gestorben ist, die Voraussetzungen für seine Eintragung nicht mehr gegeben sind oder diese Voraussetzungen aufgrund falscher Angaben des Arztes irrtümlich als gegeben angenommen worden sind.

Die Zulassung eines Arztes muss im Arztregister kenntlich gemacht werden (§ 6 Ärzte-ZV). Tatsachen, die für die Zulassung, ihr Ruhen, ihren Entzug oder ihr Ende von Bedeutung sind, werden von Amts wegen oder auf Antrag des Arztes, einer KV, eines Landesverbandes der Krankenkassen oder der Ersatzkassen in den Registerakten eingetragen. Der Arzt ist vor dem Eintrag zu hören, falls er die Eintragung nicht selbst beantragt hat. Bestandskräftige Disziplinarbeschlüsse sind mit Ausnahme der Verwarnung zu den Registerakten zu nehmen und fünf Jahre nachdem sie unanfechtbar geworden sind, aus den Registerakten zu entfernen und zu vernichten.

Der Vorstand der KV oder die durch Satzung bestimmte Stelle entscheidet über Eintragungen und Streichungen im Arztregister und in den Registerakten. Dem Arzt sind die seine Person betreffenden Eintragungen und Streichungen sowie die Ablehnung seiner Anträge auf Eintragung durch einen Verwaltungsakt schriftlich bekannt zu geben. Ein Einsichtsrecht in das Arztregister haben die Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die KV. Für die Einsicht (§ 9 Ärzte-ZV) in die Registerakten ist ein berechtigtes Interesse dazulegen. Ein Arzt kann bei berechtigtem Interesse selbst oder durch einen Bevollmächtigten Einsicht in das Arztregister und die seine Person betreffende Registerakte nehmen. Den Zulassungs- und Berufungsausschüssen ist die Registerakte der am Zulassungsverfahren beteiligten Ärzte auf Anforderung zur Einsicht zu überlassen.

3.1.6 Rechtsfolge der Eintragung

Früher waren alle in das Arztregister einer KV eingetragenen Ärzte auch Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung. Seit dem 01.01.2005 sind jedoch nur noch zugelassene Ärzte, ermächtigte Krankenhausärzte und in Medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung. Hinzu kommen seit dem 01.01.2007 auch die bei Vertragsärzten angestellten Ärzte (zur Anstellung unten Kapitel 4). Seit dem 01.01.2012 sind zudem die in Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 Satz 1 SGB V (dazu unten 9.1) angestellten Ärzte Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung. Voraussetzung für die Mitgliedschaft der angestellten Ärzte ist allerdings, dass sie mindestens halbtags beschäftigt sind.

3.1.7 Eignung zur Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit

Nach erfolgter Arztregistereintragung kann ein Arzt beim zuständigen Zulassungsausschuss schriftlich seine Zulassung beantragen (§ 18 Ärzte-ZV). In dem Antrag muss angegeben werden, für welchen Vertragsarztsitz und unter welcher Arztbezeichnung

bzw. für welches Fachgebiet und gegebenenfalls welche Schwerpunktbezeichnung die Zulassung beantragt wird.

Ferner dürfen bei dem Arzt die in den §§ 20 und 21 Ärzte-ZV genannten Gründe, welche die Eignung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ausschließen, nicht vorliegen. Das Alter ist für die Zulassung eines Arztes unerheblich.

Nach § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV steht ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit der Eignung entgegen, wenn der Arzt deswegen den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Der Wortlaut von § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV wurde mit dem GKV-VStG mit Wirkung ab 01.01.2012 geändert, aber es ist davon auszugehen, dass viele Zulassungsausschüsse sich nach wie vor an der BSG-Rechtsprechung zum zulässigen zeitlichen Umfang einer Nebentätigkeit orientieren, so dass eine Nebentätigkeit von bis zu 13 Stunden wöchentlich unkritisch ist. Darüber hinaus sind Einzelfallentscheidungen zu treffen.

Die Tätigkeit darf nach § 20 Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV nicht dem Wesen nach mit der Tätigkeit als Vertragsarzt nicht vereinbar sein. Klargestellt hat der Gesetzgeber, dass die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit der Tätigkeit als Vertragsarzt vereinbar ist (§ 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV). Hierdurch sollte insbesondere sichergestellt werden, dass die an von Krankenhausträgern gegründeten Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte auch im stationären Bereich des Krankenhauses tätig sein können und das Krankenhaus die personellen Ressourcen optimal nutzen kann wie es in der Gesetzesbegründung heißt. Sollten Gründe vorliegen, die die Eignung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ausschließen, kann der Zulassungsausschuss dem Zulassungsantrag unter der Bedingung entsprechen, dass die Hinderungsgründe innerhalb von drei Monaten ab Bestandskraft des Beschlusses beseitigt werden.

Ungeeignet nach § 21 Ärzte-ZV ist ein Arzt, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. Dies ist insbesondere dann zu vermuten, wenn der Arzt innerhalb der letzten fünf Jahren vor der Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war. Um dies zu klären, können die Zulassungsausschüsse seit dem 01.01.2012 von dem Antragsteller verlangen, dass er ein Gutachten über seinen Gesundheitszustand vorlegt und er hat die Kosten hierfür zu tragen.

3.1.8 Unterlagen für die Zulassung

Für einen wirksamen Zulassungsantrag ist zur Wahrung eventueller Fristen erforderlich, dass er schriftlich unter Nachweis der Arztregistereintragung und Angabe des Vertragsarztsitzes (Adresse) gestellt wird.

Vorzulegen sind im Übrigen gemäß § 18 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV:

- Arztregisterauszug, aus dem jeweils der Tag der Approbation, der Arztregister-eintragung, der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Fach-arzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung hervorgehen müssen
- Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten
- gegebenenfalls eine Erklärung, mit der der aus der Zulassung folgende Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränkt wird (dazu unten 3.3.1)
- Lebenslauf
- polizeiliches Führungszeugnis, und zwar ein sogenanntes Behördenführungszeugnis
- Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Arzt bisher niedergelassen oder zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben
- Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses (dazu oben 3.1.7)
- Erklärung des Arztes, ob er drogen- oder alkoholabhängig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist oder ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen hat und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegenstehen

Anstelle der Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden. Sofern dies nicht möglich ist, muss durch Glaubhaftmachung nachgewiesen werden.

3.1.9 Bedarfsplanerische Voraussetzungen/Nachbesetzungsverfahren

Maßgeblich dafür, dass ein Antrag auf Zulassung oder Genehmigung der Anstellung eines Arztes erfolgreich sein kann, ist grundsätzlich, ob der Planungsbereich überversorgt ist (dazu unten 7.4) und damit für weitere Zulassungen/Anstellungen gesperrt ist oder nicht. Die Grundsätze der Bedarfsplanung wurden zum 01.01.2013 vom G-BA als Folge des GKV-VStG an die heutigen Verhältnisse angepasst (dazu unten 7). Angeordnet werden Zulassungsbeschränkungen von den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen, d. h. von Einrichtungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung auf regionaler Ebene. Die Verhängung von Zulassungsbeschränkungen auf Grund von Überversorgung bedeutet im Übrigen nicht, dass keine weiteren Zulassungen oder Anstellungen mehr möglich sind (dazu unten 7.6).

3.1.9.1 Keine Zulassungsbeschränkungen

Der Antrag eines Arztes auf Zulassung ist nach § 95 Abs. 2 Satz 9 SGB V abzulehnen, wenn bei Antragstellung Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V angeordnet sind. Ist der Planungsbereich nicht gesperrt für weitere Zulassungen bzw. Anstellungen, muss einem Zulassungsantrag entsprochen werden, sofern alle weiteren Voraussetzungen für die Zulassung erfüllt sind.

Nach § 19 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV ist ein Zulassungsantrag wegen Zulassungsbeschränkungen dann abzulehnen, wenn diese schon im Zeitpunkt der Antragstellung angeordnet waren und im Zeitpunkt der Beschlussfassung noch fortbestehen. Da für die meisten Fachgebiete in vielen Planungsbereichen Zulassungssperren von den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen verhängt wurden, kommt zumeist nur eine Nachfolgezulassung für einen Vertragsarzt, der seinen Vertragsarztsitz übergeben möchte, in Betracht (dazu unten 3.1.9.2). Seit dem 01.01.2012 besteht zudem die Möglichkeit, eine Anstellung in eine Zulassung umzuwandeln (dazu unten 3.1.9.3). Ferner haben die Zulassungsausschüsse seitdem gemäß § 19 Abs. 4 Ärzte-ZV i. V. m. § 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V die Möglichkeit, bei einem Versorgungsgrad (dazu unten 8.2) zwischen 100 Prozent und 110 Prozent eine Zulassung zu befristen.

3.1.9.2 Nachbesetzungsverfahren bei Zulassungsbeschränkungen

Um Ärzten, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit aufgeben wollen, eine wirtschaftliche Verwertung ihres Vertragsarztsitzes zu ermöglichen, hat der Gesetzgeber den Praxisverkauf auch in gesperrten Planungsbereichen ermöglicht. Endet die Zulassung eines Vertragsarztes in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich durch Tod, Verzicht oder Entziehung und soll die Praxis von einem Nachfolger fortgeführt werden, hat die KV auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner Erben nach § 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V diesen Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen. Seit dem 01.01.2013 allerdings ist einer solchen Ausschreibung eine Entscheidung des Zulassungsausschusses vorangestellt. Der Zulassungsausschuss kann dann gemäß § 103 Abs. 3a Satz 3 SGB V die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen, wenn die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Ist die Nachbesetzung erforderlich, hat die zuständige KV die Ausschreibung vorzunehmen und anderenfalls dem Antragsteller eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis zu zahlen. Sofern der Bewerber um die Praxis Ehegatte, Lebenspartner, Kind oder angestellter Arzt des Antragstellers ist oder ein Partner der Berufsausübungsgemeinschaft, in der er bisher tätig war, kann die Ausschreibung nicht abgelehnt werden. Durch die neue Verfahrensweise soll die Nachfrage der niederlassungswilligen Ärzte auf solche Praxen gelenkt werden, die für die Versorgung erforderlich sind und für die daher eine Nachbesetzung aus Gründen des Gemeinwohls wichtig ist.

Voraussetzung für eine Ausschreibung war bislang nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung, dass ein Praxiswert vorhanden ist, da nicht die Zulassung als „bloße

Hülse“ übergeben werden soll, sondern eine fortführungsfähige Praxis. Jetzt müssen sich die Zulassungsausschüsse mit der Frage auseinandersetzen, wann eine Praxis aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Maßgeblich sind Kriterien wie Fallzahlen des Antragstellers, die Entfernung zu den nächsten Ärzten seines Fachgebietes bzw. seiner Spezialisierung und deren Fallzahlen und Alter. Nach dem Wortlaut der Regelung ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die bestehenden Praxen für die Versorgung erforderlich sind und nur ausnahmsweise die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens abgelehnt werden kann. Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Nachbesetzung von Arztpraxen in einigen Fachgebieten und insbesondere ländlichen Gegenden der Bundesrepublik schwierig geworden ist. Nicht jede Ausschreibung hat Bewerbungen zur Folge, so dass immer mehr Ärzte keinen Nachfolger und folglich auch keinen Kaufpreis bekommen. Dies gilt unabhängig davon, ob die Praxen für die Versorgung erforderlich sind oder nicht. Seit dem 01.01.2013 jedoch sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Entschädigung für Praxen zahlen, die nicht erforderlich sind. Dies ist den Vertragsärzten nur schwer zu vermitteln, soll aber letztendlich die Chancen einen Nachfolger zu finden, für alle Vertragsärzte erhöhen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können seit dem 01.01.2012 den freiwilligen Verzicht auf eine Zulassung finanziell fördern. Vorher war dies erst ab einem Alter des Vertragsarztes von 62 Jahren möglich. Um schon den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens zu verhindern, können die Kassenärztlichen Vereinigungen ferner seit dem 01.01.2012 Praxen aufkaufen.

Unter mehreren Bewerbern um den ausgeschriebenen Vertragsarztsitz hat der Zulassungsausschuss nach wie vor den Nachfolger nach pflichtgemäßem Ermessen auszuwählen und dabei die berufliche Eignung, das Approbationsalter und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit seit der Approbation zu berücksichtigen und ob der Bewerber Ehegatte, Lebenspartner, Kind, angestellter Arzt oder Berufsausübungsgemeinschaftspartner ist. Klargestellt wurde durch das GKV-VStG im Hinblick auf die Dauer der ärztlichen Tätigkeit, dass insofern Erziehungszeiten und Zeiten der Pflege naher Angehöriger mitzuzählen sind. Sofern es sich bei einem der Bewerber um den Job-Sharing-Partner (dazu unten 7.6.1) des Vertragsarztes handelt und die Job-Sharing-Berufsausübungsgemeinschaft bereits seit fünf Jahren existiert, hat der Job-Sharing-Partner einen Anspruch auf Zulassung als Nachfolger. Nicht der abgebende Arzt entscheidet somit, wer als sein Nachfolger zugelassen wird, sondern der Zulassungsausschuss. Ist ein Hausarztsitz ausgeschrieben, so sind als Nachfolger vorrangig Fachärzte für Allgemeinmedizin zu berücksichtigen.

Ferner sind seit dem 01.01.2012 weitere Kriterien hinzugekommen, die der Zulassungsausschuss zu berücksichtigen hat. Zu beachten ist, ob einer der Bewerber mindestens fünf Jahre vertragsärztlich in einem Gebiet tätig war, für das der Landesauschuss Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 SGB V festgestellt hatte. Ferner können die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Ausschreibung ein besonderes Versorgungsbedürfnis definieren. Die Zulassungsausschüsse haben sodann zu berücksichtigen, ob die Bewerber bereit sind, dieses zu erfüllen. Als besonderes Versorgungsbe-

dürfnis wäre beispielsweise denkbar, dass eine Zweigpraxis in einer schlecht versorgten Region betrieben werden soll.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen führen für jeden Planungsbereich eine Warteliste, in die Ärzte, die in einem Arztregister geführt werden und sich für eine Niederlassung interessieren, auf Antrag eingetragen werden. Die Dauer der Eintragung in die maßgebliche Warteliste ist ein weiteres Kriterium bei der Auswahl des Nachfolgers.

Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes bzw. seiner Erben sind bis zur Höhe des objektiven Verkehrswertes zu berücksichtigen. Der Zulassungsausschuss hat somit zu klären, ob die Bewerber bereit sind, mindestens den Verkehrswert an den abgebenden Arzt zu zahlen. Regelmäßig geschieht dies durch Anfordern des Praxisübernahmevertrages.

Um einen ausgeschriebenen Vertragsarztsitz kann sich auch ein MVZ bewerben (dazu unten 3.2.6) und ebenso ein bereits zugelassener Vertragsarzt, wenn er bzw. das MVZ auf der ausgeschriebenen Stelle einen Arzt anstellen wollen. Dieser Arzt muss folglich benannt werden, da bei Vorliegen mehrerer Bewerbungen eine Auswahl zu treffen ist.

Die Kriterien, die für die Nachbesetzung eines ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes maßgeblich sind, kommen seit einiger Zeit auch im Falle der Öffnung eines Planungsbereiches für eine bestimmte Anzahl weiterer Zulassungen eines Fachgebietes (partielle Öffnung) zur Anwendung, dann jedoch in leicht modifizierter Form (dazu unten 7.6).

Letztendlich ist zu erwähnen, dass das oben Dargestellte auch für die Ausschreibung nur eines halben Versorgungsauftrages gilt, d. h. wenn der Vertragsarzt nur auf seine halbe Zulassung verzichten will oder ihm eine halbe Zulassung entzogen wird. Ferner kann seit dem 01.01.2012 auch die Arztstelle eines mindestens halbtags angestellten Arztes zur Nachbesetzung mit einem zugelassenen Vertragsarzt ausgeschrieben werden, wenn die Stelle in eine Zulassung umgewandelt werden soll und nicht der bisher auf der Stelle angestellte Arzt Inhaber der Zulassung werden soll (dazu unten 3.1.9.3).

3.1.9.3 Umwandlung eines Anstellungsverhältnisses in eine Zulassung

Eine mindestens halbtags genehmigte Anstellung (dazu unten 4) kann gemäß § 95 Abs. 9b SGB V auf Antrag des anstellenden Arztes bzw. durch einen entsprechenden Verweis in § 95 Abs. 2 Satz 8 SGB V des anstellenden MVZ in eine Zulassung umgewandelt werden. Voraussetzung ist, dass die Anstellung mindestens halbtags genehmigt wurde. Die Anstellung wird sodann in eine Zulassung umgewandelt. Es ist davon auszugehen, dass die meisten Zulassungsausschüsse für die Zulassung zudem einen Zulassungsantrag des bisher angestellten Arztes verlangen. Soll ein anderer Arzt als der bisherige Stelleninhaber zugelassen werden, ist die Ausschreibung der Stelle vorzunehmen und ein Nachbesetzungsverfahren durchzuführen.

3.2 Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren

Seit dem 01.01.2004 nehmen auch MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Hierbei handelt es sich gemäß § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V um fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in ein Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen die Medizinischen Versorgungszentren die Versorgung der gesetzlich Versicherten „aus einer Hand“ ermöglichen.

Die Einführung der Medizinischen Versorgungszentren hat zu einer Liberalisierung der Musterberufsordnung und in Folge dessen der Berufsordnungen der einzelnen Ärztekammern geführt, um für die weiterhin außerhalb von MVZ niedergelassenen Vertragsärzte Chancengleichheit gegenüber diesen neuen Einrichtungen zu schaffen. Da das Berufsrecht unmittelbar keine Auswirkungen auf das Vertragsarztrecht hat, ist dieses mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) mit Wirkung ab 01.01.2007 an die neuen Gegebenheiten angepasst worden.

Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren	
<p>Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gründereigenschaft 2. Fachübergreifende Kompetenz 3. Ärztliche Leitung 4. Arztregistereintragung der in dem medizinischen Versorgungszentrum tätigen Ärzte 5. Antrag inkl. Angabe eines Vertragsarztsitzes 6. Zulässige Rechtsform 7. Bürgschaftserklärung 8. Bedarfsplanerische Voraussetzungen 	<p>Ende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verzicht 2. Auflösung 3. Ablauf des Befristungszeitraums 4. Wegzug 5. Entziehung der Zulassung
Zuständig: Zulassungsausschuss	

Abbildung 2: Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren

Einen Anspruch auf Zulassung haben MVZ, deren Ärzte in ein Arztregister eingetragen und nicht ungeeignet zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit sind, deren Gründer die unter 3.1.8 aufgeführten Unterlagen einreichen und eine zulässige Rechtsform gewählt haben und deren Zulassung nicht wegen Zulassungsbeschränkungen abgelehnt werden muss.

Das Verfahren ist somit wie bei der Zulassung von Ärzten zweistufig:

- Der Arzt bzw. Psychotherapeut muss die Eintragung in das Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung, in dessen Bezirk er seinen Wohnort hat, beantragen.
- Die Gründer des MVZ müssen beim Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung, in dessen Bezirk sich der Vertragsarztsitz befindet, seine Zulassung beantragen.

3.2.1 Gründereigenschaft

Medizinische Versorgungszentren konnten zunächst von allen Leistungserbringern gegründet werden, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der gesetzlich Versicherten teilnahmen. Dazu gehörten Vertragsärzte und ermächtigte Ärzte ebenso wie Krankenhäuser sowie Apotheker, nicht aber bei Ärzten oder an Medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte, Krankenkassen oder KVen. Seit dem 01.01.2012 sind nach § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V nur noch zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V und gemeinnützige Träger, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gründungsberechtigt. An der Trägergesellschaft dürfen nach wie vor keine nicht gründungsberechtigten Gesellschafter beteiligt sein.

Bestandsschutz haben die MVZ, die am 01.01.2012 schon zugelassen waren, so dass diesen die Zulassung nicht entzogen werden darf, weil die zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Gründer nicht gründungsberechtigt waren. Etwas anderes dürfte dann gelten, wenn ein nicht mehr gründungsberechtigter Gesellschafter ausscheidet. Die Zulassungsinstanzen dürften verlangen, dass ein neu hinzukommender Gesellschafter die Gründereigenschaft nach heutigem Recht besitzt.

Endet die Gründereigenschaft beispielsweise, weil ein Vertragsarzt auf seine Zulassung verzichtet und nicht aus der Trägergesellschaft ausscheidet oder verbleibt kein gründungsberechtigter Gesellschafter in der Trägergesellschaft, so ist dem MVZ die Zulassung sechs Monate nach Wegfall der Gründereigenschaft zu entziehen.

3.2.2 Fachübergreifende Kompetenz

Die fachübergreifende Kompetenz liegt vor, wenn in dem Medizinischen Versorgungszentrum Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind. Nicht fachübergreifend tätig in diesem Sinne sind ein dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordneter Facharzt für Innere Medizin und ein Allgemeinarzt, sowie Ärzte und Psychotherapeuten, die der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 SGB V angehören. Vom Umfang der Versorgungsaufträge her sind nach der Rechtsprechung des BSG bereits zwei halbe Zulassungen bzw. zwei halbtags angestellte Ärzte ausreichend für die fachübergreifende Kompetenz.

3.2.3 Ärztliche Leitung

Teilweise wird in der Literatur gefordert, dass der ärztliche Leiter auf der Ebene der Geschäftsführung oder des Vorstandes angesiedelt sein muss, wenn das Medizinische Versorgungszentrum als juristische Person des Privatrechts (z. B. als GmbH) organisiert ist. Mit dem GKV-VStG wurde klargestellt, dass der ärztliche Leiter selbst auch vertragsärztliche Tätigkeit in dem Medizinischen Versorgungszentrum ausüben muss und in medizinischen Fragen weisungsfrei ist.

Eine kooperative Leitung ist möglich, wenn in dem Medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig sind, d. h. beispielsweise Ärzte und Zahnärzte.

3.2.4 Zulässige Rechtsform

MVZ konnten sich bis zum 31.12.2011 jeder zulässigen Organisationsform bedienen. Seit dem 01.01.2012 ist die Gründung ausdrücklich nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft (Gesellschaft bürgerlichen Rechts, Partnerschaftsgesellschaft), einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich. Aus dem Gesetzeswortlaut wird zudem die Schlussfolgerung gezogen, dass das MVZ nicht als Eigenbetrieb beispielsweise eines Krankenhauses betrieben werden kann, sondern eine eigene Gesellschaft gegründet werden muss. Ferner wird aus der neuen Regelung teilweise abgeleitet, dass für jedes MVZ eine eigene Gesellschaft gegründet werden muss und es nicht zulässig sei, dass eine Trägergesellschaft mehrere MVZ betreibt. Wiederum gilt Bestandsschutz für die MVZ, die am 01.01.2012 schon zugelassen waren, so dass einem MVZ die Zulassung nicht deswegen entzogen werden kann, weil es in einer seit dem 01.01.2012 nicht mehr zulässigen Rechtsform betrieben wird.

3.2.5 Bürgschaftserklärung

Seit dem 01.01.2007 ist nach § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V Voraussetzung für die Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das MVZ aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben, und zwar auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des MVZ fällig werden. Dadurch sollen die MVZ haftungsrechtlich den als Personengesellschaft organisierten Kooperationsformen bzw. dem Vertragsarzt in Einzelpraxis gleichgestellt werden. Seit dem 01.01.2012 bezieht sich die Regelung auf die MVZ, die in der Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung betrieben werden.

3.2.6 Einzureichende Unterlagen

Grundsätzlich ist insoweit auf 3.1.8 zu verweisen. Zusätzlich müssen folgende Unterlagen vorgelegt bzw. Erklärungen abgegeben werden:

- Antrag, aus dem Name und Rechtsform des MVZ sowie der Sitz der Betriebsstätte hervorgehen
- Benennung der Gründer und gegebenenfalls Nachweis der Gründereigenschaft
- Benennung der Ärzte, die die vertragsärztliche Tätigkeit in dem Zentrum ausüben sollen einschließlich ihrer Fachgebiete/Schwerpunkte
- Angabe, ob die Ärzte als Vertragsärzte oder als Angestellte tätig werden
- Benennung des ärztlichen Leiters
- Gesellschaftsvertrag
- gegebenenfalls Handels- oder Partnerschaftsregisterauszug
- Arbeitsverträge, sofern angestellte Ärzte tätig werden sollen, aus denen die wöchentliche Arbeitszeit hervorgeht
- gegebenenfalls Bürgschaftserklärung

3.2.7 Bedarfsplanerische Voraussetzungen

Ein Antrag auf Zulassung eines MVZ sowie auf Genehmigung der entsprechenden Anstellungsverhältnisse ist nach § 95 Abs. 2 Satz 9 SGB V abzulehnen, wenn bei Antragstellung Zulassungsbeschränkungen für die Ärzte, die vertragsärztliche Tätigkeit in dem Zentrum ausüben sollen, nach § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V angeordnet sind. Die Medizinischen Versorgungszentren unterliegen somit wie die Vertragsärzte der Bedarfsplanung (dazu oben 3.1.9 sowie unten 7).

Die Zulassung des MVZ ist zu genehmigen, wenn die Ärzte, die dort tätig werden sollen, bereits zugelassen sind. Sie können ein MVZ gründen und dort Leistungen erbringen, ohne auf ihre Zulassung zu verzichten, oder zugunsten einer Anstellung an dem MVZ auf ihre Zulassung verzichten. In beiden Fällen werden Arztstellen in das MVZ eingebracht, die bereits bei der Berechnung des Versorgungsgrades (dazu unten 7.2) berücksichtigt werden. Die Anstellung des Arztes ist gemäß § 103 Abs. 4a Satz 1 SGB V zu genehmigen, aber der Arzt kann seinen Vertragsarztsitz nicht mehr ausschreiben lassen, weil die Arztstelle auf das MVZ übertragen wurde. Dieses kann dann auch in von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereichen nachbesetzen, wenn das Beschäftigungsverhältnis mit dem nunmehr angestellten Arzt endet. Die Arztstelle kann seit dem 01.01.2012 wieder in eine Zulassung umgewandelt werden (dazu oben 3.1.9.3).

Bereits oben (3.1.9) wurde darauf hingewiesen, dass sich auch MVZ um ausgeschriebene Vertragsarztsitze bewerben können, allerdings nicht „anonym“, sondern unter Angabe des angestellten Arztes, der die vertragsärztliche Tätigkeit in der Betriebsstätte des MVZ fortführen soll. Die Person des angestellten Arztes ist bei Vorliegen meh-

rerer Bewerbungen somit maßgeblich für die Abwägung der einzelnen Kriterien im Rahmen der Auswahlentscheidung.

An dem ausgeschriebenen Vertragsarztsitz kann das MVZ durch den angestellten Arzt dann tätig werden, wenn der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung dem MVZ nach erteilter Anstellungsgenehmigung durch den Zulassungsausschuss eine Zweigpraxisgenehmigung für diesen Sitz erteilt (dazu unten 3.3.2). In diesen Fällen wird die Tätigkeit des angestellten Arztes aus Versorgungsgesichtspunkten manchmal auf die Zweigpraxis beschränkt.

3.2.8 Anstellung

Seit dem 01.01.2012 darf die Anstellung eines Arztes auf Grund eines Verzichtes zu Gunsten einer Anstellung vom Zulassungsausschuss nur genehmigt werden, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Diese Neuregelung trägt dem Umstand Rechnung, dass in der Vergangenheit die Zulassungsausschüsse in diesen Fällen nicht wie bei der Verlegung eines Vertragsarztsitzes durch einen zugelassenen Vertragsarzt die Möglichkeit hatten, die mit der Anstellungsgenehmigung einhergehende Verlegung aus Sicherstellungsgründen zu verhindern. Er musste derartige Anstellungen genehmigen. Hierdurch ist es in zahlreichen Fällen zu einer Konzentration von Arztstellen bzw. Fachgebieten an den Betriebsstätten von MVZ gekommen mit der Folge von Bedarfslücken an anderer Stelle. Dies können die Zulassungsausschüsse nun verhindern.

3.3 Rechtsfolgen der Zulassung

Nach § 95 Abs. 3 SGB V bewirkt die Zulassung, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Wohnsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird bzw. die an einem MVZ angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung werden, sofern sie mindestens halbtags beschäftigt sind (§ 77 Abs. 3 SGB V).

Die Zulassung berechtigt und verpflichtet zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung und vertragliche Bestimmungen über die Teilnahme sind verbindlich. Ferner resultiert hieraus das Recht, an der Honorarverteilung durch die zuständige KV teilzunehmen.

3.3.1 Versorgungspflicht

Vertragsärzte und MVZ werden durch die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet. Nach § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV verpflichtet die Zulassung den Arzt, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben, aber nach Abs. 2 dieser Regelung besteht für Vertragsärzte auch die Möglichkeit, ihren Versorgungsauftrag auf die Hälfte zu beschränken und nur in diesem Umfang sind sie

sodann teilnahmeberechtigt bzw. -verpflichtet. In § 17 BMV-Ä haben die KBV und die Krankenkassenverbände auf Bundesebene Einzelheiten zur Abhaltung von Sprechstunden geregelt. Danach ist der sich aus der Zulassung ergebende Versorgungsauftrag dadurch zu erfüllen, dass der Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zu Verfügung steht. Bei einem Teilversorgungsauftrag halbiert sich diese Stundenzahl. Sofern der Vertragsarzt außerhalb seines Vertragsarztsitzes an weiteren Tätigkeitsorten Leistungen erbringt (dazu unten 3.3.2), muss er zeitlich insgesamt überwiegend an seinem Sitz tätig sein. Für Medizinische Versorgungszentren gilt die Regelung unabhängig von der Zahl der beschäftigten Ärzte. Einige KVen beziehen die Mindeststundenzahl jeweils auf die in dem Medizinischen Versorgungszentrum vertretenen Fachgebiete. Ausgenommen von der Regelung sind Anästhesisten und Belegärzte.

Erwähnt sei an dieser Stelle auch, dass in § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V mit dem GKV-VStG ausdrücklich klargestellt wurde, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung umfasst. Das Nähere hierzu soll in den Gesamtverträgen, d. h. auf Bundesebene, geregelt werden.

3.3.2 Präsenzpflcht, Verlegung und Zweigpraxisgenehmigung

Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt, d. h. für den Vertragsarztsitz (§ 24 Abs. 1 Ärzte-ZV). Nach § 24 Abs. 2 Ärzte-ZV a. F. hatte der Vertragsarzt am Vertragsarztsitz seine Sprechstunde zu halten (Präsenzpflcht) und seine Wohnung so zu wählen, dass er für die ärztliche Versorgung der Versicherten an seinem Vertragsarztsitz zur Verfügung steht (Residenzpflcht). Mit dem GKV-VStG wurde die Residenzpflcht abgeschafft, damit Ärzte mit der Niederlassung nicht mehr gezwungen sind, in die Nähe ihres Vertragsarztsitzes umzuziehen. Hierdurch soll insbesondere die Versorgung ländlicher Gebiete gesichert werden.

Der Vertragsarzt ist verpflichtet, entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung und den Gegebenheiten seines Praxisbetriebes Sprechstunden festzusetzen und diese mit festen Uhrzeiten auf seinem Praxisschild bekannt zu geben (§ 17 BMV-Ä). Seinen Vertragsarztsitz darf er nur nach vorheriger Genehmigung durch den Zulassungsausschuss verlegen. Jede Änderung der Praxisanschrift beinhaltet eine Verlegung. Die Genehmigung zur Verlegung darf nur erteilt werden, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Abzulehnen ist eine Verlegung, wenn sie Versorgungsprobleme am bisherigen Vertragsarztsitz verursachen würde.

Die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes ist nach § 24 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV zulässig, wenn und soweit dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten „verbessert“ und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz nicht beeinträchtigt wird. Geringfügige Beeinträchtigungen sind unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung an dem weiteren Ort aufgewogen werden.

Viele KVen hatten nur für solche Leistungen bzw. Fachgebiete eine Zweigpraxisgenehmigung erteilt, die der Vertragsarzt oder das MVZ auch am Vertragsarztsitz angeboten haben. Diese Praxis ist durch eine weitere Gesetzesänderung beseitigt worden, denn seit dem 01.01.2012 beinhaltet § 24 Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV ausdrücklich die Klarstellung, dass dies nicht erforderlich ist.

Der Begriff „Verbesserung“ ist vom BSG klargestellt worden. Um eine Verbesserung zu prüfen, ist keine Bedarfsprüfung erforderlich, die den hohen Anforderungen einer Bedarfsprüfung für eine Ermächtigung oder einer Sonderbedarfszulassung entspricht. Ausreichend ist vielmehr die Beseitigung einer bestehenden Versorgungslücke aber auch die weitere Verbesserung einer zumindest dem Grunde nach gedeckten oder bereits an sich über den Bedarf hinausgehenden Versorgung.

Erwähnt sei in diesem Zusammenhang auch, dass nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung Vertragsärzte die einem anderen Vertragsarzt erteilte Genehmigung zum Führen einer Zweigpraxis nicht anfechten können, weil sie gegenüber dem Konkurrenten keinen vorrangigen Status haben und durch die Genehmigung nur die Art und Weise der zulässigen Berufsausübung erweitert und nicht etwa ein Teilnahmestatus begründet wird.

In vielen Teilen der Bundesrepublik, in denen Nachfolger für zur Übergabe ausgeschriebene Praxen schwer zu finden sind, werden ehemalige Vertragsarztsitze erfolgreich als Zweigpraxis von benachbarten Ärzten betrieben. Dieses Modell wird teilweise von den Kassenärztlichen Vereinigungen ausdrücklich beworben und im Einzelfall auch finanziell unterstützt.

Regelungen über eine Höchstzahl von Zweigpraxen enthält das Vertragsarztrecht nicht. Allerdings darf ein Arzt nach dem Berufsrecht (vgl. § 17 Abs. 2 MBO) über seinen Praxissitz hinaus nur noch an zwei weiteren Orten ärztlich tätig sein.

Für die Anästhesisten enthält § 15a Abs. 2 BMV-Ä die Fiktion, dass alle Tätigkeitsorte, an denen sie außerhalb ihres Vertragsarztsitzes Leistungen erbringen, als Nebenbetriebsstätten gelten und genehmigungspflichtig sind. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Versorgung durch die Anzahl der Nebenbetriebsstätten nicht gefährdet ist. Für schmerztherapeutische Leistungen wird Bezug genommen auf die Regelung in § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV („Verbesserung“).

Das VÄndG hat sogar die Gründung von Zweigpraxen in anderen KV-Bereichen ermöglicht. Wenn die oben erwähnten Voraussetzungen für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in einem für den Vertragsarzt fremden KV-Bezirk erfüllt sind, hat er einen Anspruch gegenüber dem dortigen Zulassungsausschuss auf Erteilung einer Ermächtigung zum Führen einer Zweigpraxis. Vor der Beschlussfassung sind der für seinen Vertragsarztsitz zuständige Zulassungsausschuss sowie die KV anzuhören.

Hat ein Vertragsarzt eine solche Ermächtigung für einen anderen KV-Bezirk erhalten, so kann er dort auch die für seinen Vertragsarztsitz angestellten Ärzte einsetzen. Zudem kann er für die Tätigkeit an dem weiteren Ort Ärzte anstellen, wenn dies ver-

tragsarztrechtlich möglich ist, d. h. insbesondere keine Zulassungsbeschränkungen für den entsprechenden Planungsbereich bestehen. Diese Anstellung ist vom Zulassungsausschuss zu genehmigen.

Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes	
Voraussetzungen für eine Zweigpraxisgenehmigung:	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der Versorgung der Versicherten ■ ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz nicht oder nur geringfügig beeinträchtigt 	
Ausnahme:	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Anästhesisten 	
Innerhalb des eigenen KV-Bezirks:	In anderem KV-Bezirk:
<ul style="list-style-type: none"> ■ Genehmigung durch KV 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ermächtigung durch Zulassungsausschuss
Keine Genehmigung erforderlich für:	
<ul style="list-style-type: none"> ■ die Tätigkeit eines Vertragsarztes an den anderen Vertragsarztsitzen eines Mitgliedes der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft, der er angehört ■ ausgelagerte Praxisräume, d. h. Erbringung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsleistungen in räumlicher Nähe (Anzeigepflicht bzgl. Ort und Zeitpunkt der Aufnahme) 	

Abbildung 3: Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes

Ausgelagerte Praxisstätten sind weiterhin lediglich anzeigepflichtig. In einer ausgelagerten Praxisstätte dürfen nur spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen durchgeführt und keine allgemeinen Sprechstunden angeboten werden, der Erstkontakt muss an der Betriebstätte des Arztes stattfinden und sie muss sich in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz befinden.

Beachtenswert ist, dass innerhalb überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften die Ärzte auch an den jeweils anderen Sitzen vertragsärztlich tätig werden können, ohne dass hierfür eine Genehmigung erforderlich wäre. Jedes Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft hat allerdings nach § 33 Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV seine Versorgungspflicht an seinem Vertragsarztsitz zu erfüllen. Sowohl der Vertragsarzt als auch die bei ihm angestellten Ärzte dürfen an den anderen Vertragsarztsitzen der Berufsausübungsgemeinschaft nur in zeitlich begrenztem Umfang tätig werden (dazu oben 3.3.1).

3.3.3 Persönliche Leistungserbringung

Nach § 32 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV hat der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. Dies ist ein Merkmal des Arztberufes als freier Beruf im Gegensatz zur Ausübung eines Gewerbes (vgl. § 1 Abs. 2 BÄO). Ein wesentliches Merkmal freiberuflicher Tätigkeit ist die persönliche Leistungserbringung. Dies bedeutet zwar nicht, dass ein Arzt jede Leistung höchstpersönlich erbringen muss, jedoch muss ein Arzt bei der Inanspruchnahme ärztlicher oder nichtärztlicher Mitarbeiter bei der Erbringung eigener ärztlicher Leistungen leitend und eigenverantwortlich tätig sein. Dies erschwert es einem Arzt, seinen Praxisumfang durch die Anstellung von Mitarbeitern beliebig zu erweitern. Ein Vertragsarzt muss sich die Anstellung von Ärzten (dazu unten 4) vom Zulassungsausschuss genehmigen lassen und er darf nur drei in Vollzeit tätige Ärzte anstellen bzw. für medizinisch-technische Leistungen vier Ärzte. Heutzutage wird daher dann, wenn eine größere Anzahl von Ärzten angestellt werden soll, häufig auf die Gründung eines MVZ ausgewichen.

Die KBV und die Bundesärztekammer hatten in Abstimmung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen bereits 1988 Grundsätze zur persönlichen Leistungserbringung festgelegt (DÄB 1988, S. 2604), aus denen sich insbesondere die Anforderungen an die Zulässigkeit der Delegation an nichtärztliche Hilfskräfte ergaben. Aktueller jedoch ist eine gemeinsame Veröffentlichung von KBV und Bundesärztekammer (BÄK) aus dem Jahr 2008, die sich mit den Möglichkeiten und den Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen befasst.

Durchbrochen wird der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung durch eine zulässige Vertretung sowie die zulässige Beschäftigung von Assistenten oder angestellten Ärzten (dazu unten 5). So darf sich ein Vertragsarzt bei Urlaub, Krankheit, Fortbildung und Teilnahme an einer Wehrübung innerhalb von zwölf Monaten bis zu einer Dauer von drei bzw. sechs Monaten vertreten lassen. Eine Vertragsärztin darf sich seit dem 01.01.2012 in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von 12 Monaten vertreten lassen. Dauert eine Vertretung länger als eine Woche, ist sie der KV mitzuteilen. Die oben genannten Zeiträume können durch die Kassenärztlichen Vereinigungen verlängert werden.

Die Vertretung darf nur durch einen anderen Vertragsarzt oder durch einen Arzt erfolgen, der die allgemeinärztliche Weiterbildung oder die Weiterbildung in einem anderen Fach abgeschlossen hat (§ 32 Abs. 1 Satz 5 Ärzte-ZV). Seit dem 01.01.2007 können die Kassenärztlichen Vereinigungen ferner überprüfen, ob der Vertreter diese Voraussetzungen erfüllt bzw. nicht ungeeignet im Sinne von § 21 Ärzte-ZV (dazu oben 3.1.7) ist, wenn die Vertretung innerhalb von 12 Monaten die Dauer von einem Monat überschreitet.

Ferner kann ein Vertragsarzt unter bestimmten Voraussetzungen nach vorheriger Genehmigung durch die KV Assistenten beschäftigen. Die Genehmigung darf erteilt werden, wenn die Beschäftigung im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung oder aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt. Seit dem 01.01.2012 sind als weitere Gründe die Erziehung von Kindern hinzugekommen sowie

die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung. Die Genehmigung ist zu befristen und sie kann widerrufen werden (§ 32 Abs. 2 Ärzte-ZV). Wegen der Kindererziehung kann bis zu einer Dauer von 36 Monaten ein Entlastungsassistent beschäftigt werden und wegen der Pflege bis zu einer Dauer von sechs Monaten.

Nach § 15 Abs. 1 BMV-Ä/ sind persönlich erbrachte Leistungen des Arztes konsequenterweise auch ärztliche Leistungen durch genehmigte Assistenten und angestellte Ärzte gemäß § 32b Ärzte-ZV, soweit sie dem Praxisinhaber als Eigenleistungen zugerechnet werden können.

Eine weitere Ausnahme zur persönlichen Leistungserbringung ist in den Bundesmantelverträgen im Hinblick auf die Laborgemeinschaften geregelt (vgl. § 105 Abs. 2 SGB V i. V. m. § 25 Abs. 2 bis 4 BMV-Ä).

Die Ausführungen zur persönlichen Leistungserbringung gelten grundsätzlich auch für die an einem Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte und nach § 32a Satz 1 Ärzte-ZV haben ermächtigte Ärzte die in dem Ermächtigungsbeschluss bestimmte vertragsärztliche Tätigkeit ebenfalls persönlich auszuüben, jedoch ist eine Vertretung nach Satz 2 auch hier möglich.

3.3.4 Berufsrecht und vertragsärztliche Regelungen

Der Arzt muss grundsätzlich auch in seiner Eigenschaft als Vertragsarzt die berufsrechtlichen Bestimmungen beachten. Das ärztliche Berufsrecht ist Landesrecht und wird durch die Satzungen der Landesärztekammern bestimmt. Der Bundesgesetzgeber hat die Gesetzgebungskompetenz für das Vertragsarztrecht. In der Vergangenheit gab es im Vertragsarztrecht ausdrückliche Bezugnahmen auf das jeweilige Berufsrecht. In das VÄndG hat der Gesetzgeber derartige Klauseln nicht aufgenommen, um „divergierendes Landesrecht“ überwinden bzw. bundesweit gleiche Regelungen schaffen zu können. Da das Berufsrecht unstreitig auch für die Vertragsärzte gilt, vertritt die KBV die Auffassung, dass eindeutige berufsrechtliche Verbote, die die Berufsausübung betreffen, zu beachten sind.

3.3.5 Teilnahme am Notdienst

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die ambulante ärztliche Versorgung der gesetzlich Versicherten sicherzustellen und nach § 75 Abs. 1 Satz SGB V umfasst die Sicherstellung auch den Notdienst, nämlich die Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten. Aus den häufig mit den Ärztekammern gemeinsam erlassenen Notdienstsatzungen ergibt sich Näheres zur Organisation des Notdienstes im Einzelnen sowie insbesondere auch zur Befreiung von Ärzten von der Teilnahmepflicht. Die Pflicht zum Notdienst ist an die Zulassung gebunden und daher hat das BSG (B 6 KA 39/12 R) kürzlich entschieden, dass ein MVZ als organisatorische Einheit insgesamt zur Teilnahme am Notdienst verpflichtet ist und nicht die an einem MVZ angestellten Ärzte.

Insbesondere im Hinblick auf die weniger als halbtags Angestellten ist dies wichtig, weil sie nicht Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind, somit nicht deren Disziplinargewalt unterliegen und daher die Verpflichtung zur Teilnahme am Notdienst ihnen gegenüber nicht disziplinarisch durchgesetzt werden kann.

Mit dem GKV-VStG wurde klargestellt, dass die zu diesem Zeitpunkt bereits praktizierten Kooperationen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern eine zulässige Variante für die Organisation des Notdienstes sind. Nach § 75 Abs. 1 Satz 3 SGB V können Kassenärztliche Vereinigungen den Notdienst durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherstellen. In Absatz 7 Nr. 4 werden zudem die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu verpflichtet, Richtlinien für die Umsetzung einer bundeseinheitlichen Notdienstnummer aufzustellen. Diese wurde in 2012 eingeführt.

3.3.6 Wirtschaftlichkeitsgebot

Nach den §§ 12 Abs. 1 und 70 Abs. 1 SGB V müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die Vertragsärzte und die Medizinischen Versorgungszentren sind an das Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden.

3.3.7 Fortbildungspflicht

Der Vertragsarzt ist nach § 95d Abs. 1 Satz 1 SGB verpflichtet, sich in dem Umfang fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Fortbildung ist gegenüber den Ärzte- bzw. Psychotherapeutenkammern nachzuweisen, und zwar alle fünf Jahre. Erbringt ein Vertragsarzt nach Ablauf der Fünfjahresfrist den Nachweis nicht, so erfolgen zunächst Honorarkürzungen. Erfüllt er nicht spätestens nach Ablauf weiterer zwei Jahre die Fortbildungsverpflichtung, soll die KV die Zulassungsentziehung beantragen.

Die Verpflichtung, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist, gilt auch für die bei einem Vertragsarzt oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte (§ 95d Abs. 5 SGB V) sowie für die ermächtigten Ärzte (§ 95d Abs. 5 SGB V).

3.3.8 Verbot der Zuweisung gegen Entgelt

Das berufsrechtliche Verbot der Zuweisung von Patienten gegen Entgelt wurde zur Klarstellung mit dem GKV-VStG an verschiedenen Stellen in das SGB V eingefügt bzw. konkretisiert. Nach § 73 Abs. 7 SGB V ist es Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich ver-

sprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. Ferner wird dort auf § 128 Abs. 2 Satz 3 SGB V Bezug genommen.

Gemäß § 128 Abs. 2 Satz 1 SGB V dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen sich nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. Unzulässig ist ferner nach Satz 2 die Zahlung einer Vergütung durch Leistungserbringer für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung von Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden. Satz 3 stellt klar, dass unzulässige Zuwendungen im Sinne von Satz 1 auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und die Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen, sind. Das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt wurde zudem in die Regelungen zur Teilberufsausübungsgemeinschaft aufgenommen (dazu unten 3.1).

3.3.9 Kollektiver Zulassungsverzicht

Ein kollektiver Zulassungsverzicht auf die Zulassung, d. h. die Abgabe des Verzichts in einem mit anderen Ärzten abgestimmten Verfahren oder Verhalten, stellt gemäß § 95b Abs.1 SGB V eine Pflichtverletzung dar. Handelt es sich um mehr als 50 Prozent aller in einem Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärzte und stellt die Aufsichtsbehörde nach § 72a Abs.1 SGB V fest, dass die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, erfüllen die Krankenkassen und ihre Verbände insoweit den Sicherstellungsauftrag und die nicht mehr zugelassenen Ärzte können frühestens sechs Jahre nach ihrem Verzicht wieder zugelassen werden (§ 95b Abs. 2 SGB V).

3.4 Formen der Berufsausübung

Das Vertragsarztrecht wurde mit Wirkung ab 01.01.2007 im Hinblick auf die zulässige Art und Weise der Berufsausübung durch das VÄndG liberalisiert und flexibilisiert. Seitdem sind insbesondere Kooperationsformen möglich, die zuvor nicht genehmigt werden konnten, wobei die Vorteile der einzelnen Varianten von vielen Faktoren abhängen.

3.4.1 Berufsausübungsgemeinschaft

Bis zum 31.12.2006 konnten die Zulassungsausschüsse nach § 33 Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV nur Vertragsärzten die gemeinsame Berufsausübung genehmigen, und zwar als Gemeinschaftspraxis oder Partnerschaftsgesellschaft. Das VÄndG hat aus dem Berufsrecht den Begriff der Berufsausübungsgemeinschaft übernommen und die

gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist jetzt zulässig unter allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern, entweder an einem Vertragsarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) oder an unterschiedlichen (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft), und zwar sogar KV-übergreifend und bezogen auf einzelne Leistungen (Teilberufsausübungsgemeinschaft).

Zulässig sind seit dem 01.01.2007 Berufsausübungsgemeinschaften unter Ärzten, Ärzten und Psychotherapeuten, Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren und Medizinischen Versorgungszentren untereinander. Allerdings ist zu beachten, dass nach dem Berufsrecht eine Berufsausübungsgemeinschaft zwischen einem Arzt und einer juristischen Person des Privatrechts nicht erlaubt ist. Demnach könnte eine Berufsausübungsgemeinschaft zwischen einem Vertragsarzt und einem Medizinischen Versorgungszentrum, das als GmbH organisiert ist, unter Beachtung des Berufsrechts nicht genehmigt werden.

Voraussetzung für die Genehmigung einer Berufsausübungsgemeinschaft ist, dass der Zweck der Gemeinschaft die gemeinsame Behandlung von Patienten ist. Dies ist anhand des Gesellschaftsvertrages zu entscheiden.

Die Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft müssen ihre Versorgungspflicht am jeweiligen Vertragsarztsitz in dem erforderlichen Umfang gewährleisten. Angestellte Ärzte sind insoweit zu berücksichtigen. Zudem darf jedes Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft sowie die bei ihm angestellten Ärzte an den jeweils anderen Sitzen nur in begrenztem zeitlichen Umfang tätig werden (dazu oben 3.3.2).

Auch KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaften sind genehmigungsfähig. Diese Gemeinschaften müssen sich jeweils für zwei Jahre entscheiden, welcher Vertragsarztsitz maßgeblich sein soll für die Genehmigungserteilung und für die auf die gesamte Leistungserbringung anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen.

Ärzte können sich auch bezogen auf einzelne Leistungen zu einer sogenannten Teilberufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen (§ 33 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV). Mit dem GKV-VStG wurde das allgemeine berufsrechtliche Verbot der Zuweisung gegen Entgelt ausdrücklich in die vertragsarztrechtlichen Regelungen zur Teilberufsausübungsgemeinschaft übernommen. Nach § 33 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV ist sie nämlich nur zulässig, wenn sie nicht einer Umgehung des Verbots der Zuweisung von Versicherten gegen Entgelt oder sonstiger wirtschaftlicher Vorteile nach § 73 Abs. 7 SGB V dient (dazu oben 3.3.8.). Eine Umgehung liegt danach insbesondere vor, wenn sich der Beitrag des Arztes auf das Erbringen medizinisch-technischer Leistungen auf Veranlassung der übrigen Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft beschränkt oder wenn der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der persönlich erbrachten Leistungen entspricht.

Nach § 15a Abs. 5 Satz 2 BMV-Ä ist eine Teilberufsausübungsgemeinschaft ferner nur dann zulässig, wenn das zeitlich begrenzte Zusammenwirken der Ärzte erforderlich ist, um Patienten zu versorgen, die einer gemeinschaftlichen Versorgung der der Teilberufsausübungsgemeinschaft angehörenden Ärzte bedürfen, und die Ärzte gemein-

schaftlich im Rahmen des § 17 Abs. 1a BMV-Ä zur Verfügung stehen. Folglich ist der Anwendungsbereich der Teilberufsausübungsgemeinschaft äußerst gering und genehmigt wurden solche Zusammenschlüsse bisher insbesondere im Bereich der Schlaflabore und des Mammascreeenings.

3.4.2 Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft

Eine Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft ist eine besondere Form der gemeinsamen Berufsausübung in einem für weitere Zulassungen für das maßgebliche Fachgebiet gesperrten Planungsbereich (dazu unten 7.6.1). Die beteiligten Ärzte müssen sich zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten und der hinzukommende Arzt erhält dann eine beschränkte Zulassung, die abhängig ist von der bereits existierenden Zulassung. Um die Leistungsbeschränkung zu vermeiden und die Abhängigkeit des im Rahmen des Job-Sharings zugelassenen Arztes von dem „Senior“-Partner, sollte stets geprüft werden, ob die Abgabe einer halben Zulassung in Betracht kommen könnte.

3.4.3 Praxisgemeinschaft, Apparate- sowie Laborgemeinschaft

Unter einer Praxisgemeinschaft versteht man die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen, -personal und -einrichtung bei ansonsten selbständiger Praxisführung und eigener Patientenkartei durch zwei oder mehr Ärzte. Es handelt sich somit um eine reine Organisationsgemeinschaft ohne gemeinsame Berufsausübung. Eine Genehmigung ist hierzu nicht erforderlich, aber die zuständige KV ist zu unterrichten (§ 33 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV).

Die Apparategemeinschaft und die Laborgemeinschaft sind besondere Formen der Praxisgemeinschaft und ebenfalls nicht genehmigungspflichtig. Die Apparategemeinschaft ist ein Zusammenschluss von Vertragsärzten zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung bei gerätebezogenen Untersuchungsleistungen (vgl. § 15 Abs. 3 BMV-Ä). Von der Laborgemeinschaft beziehen deren Mitglieder Laborparameter, ohne an deren Erstellung unmittelbar beteiligt zu sein. Die Erbringung und Abrechnung von Laborleistungen ist in § 25 BMV-Ä sehr umfangreich geregelt, und zwar unter Bezugnahme auf die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien.

3.4.4 Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes

Zur Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes sei auf die Erläuterungen unter 3.3.2 verwiesen.

3.4.5 Belegärztliche Tätigkeit

Unter belegärztlicher Tätigkeit versteht man die stationäre Behandlung durch nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte (§ 121 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Sie liegt gemäß § 38 BMV-Ä vor, wenn

- das Krankenhaus gemäß § 108 SGB V zur Krankenbehandlung zugelassen ist,
- die Krankenkasse die Krankenhausbehandlung oder die stationäre Entbindung gewährt,
- die stationäre ärztliche Behandlung nach dem zwischen der Krankenkasse und dem Krankenhaus bestehenden Rechtsverhältnis nicht aus dem Pflegesatz abzugelten ist und
- der Vertragsarzt gemäß §§ 39 ff. BMV-Ä bzw. §§ 30 ff. BMV-EKV als Belegarzt für das Krankenhaus anerkannt ist.

Die stationäre Tätigkeit darf nicht das Schwergewicht der Gesamttätigkeit des Vertragsarztes bilden. Als Belegarzt ist nicht geeignet, wer neben seiner ärztlichen Tätigkeit andere Tätigkeiten ausübt, die eine ordnungsgemäße stationäre Versorgung seiner Patienten gefährdet bzw. dessen Wohnung und Praxis nicht so nah am Krankenhaus liegen, dass die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der von ihm ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet ist. Die Anerkennung als Belegarzt wird durch die zuständige KV im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen erteilt.

Ausdrücklich ist bisher weder im SGB V noch in den Bundesmantelverträgen geregelt, dass belegärztliche Leistungen auch von bei Vertragsärzten oder an Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzten erbracht werden können. Allerdings hat das BSG dies im Jahr 2011 klargestellt (B 6 KA 15/10 R).

Die belegärztlichen Leistungen rechnet der Vertragsarzt entweder mit der zuständigen KV ab, oder er hat gemäß § 121 Abs. 5 SGB V einen Honorarvertrag mit dem Krankenhaus abgeschlossen, so dass er vom Krankenhaus vergütet wird.

Hat ein Krankenhausträger in einem Planungsbereich mit Zulassungsbeschränkungen ein Angebot zum Abschluss eines Belegarztvertrages ausgeschrieben und ein Belegarztvertrag mit einem in dem Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt kommt nicht zustande, so erhält gemäß § 103 Abs. 7 SGB V der Arzt, mit dem der Belegarztvertrag geschlossen wird, eine Zulassung (dazu unten 7.6.3). Diese Zulassung ist zwar an die Belegarztstätigkeit gebunden, jedoch kann der Arzt im Rahmen der Zulassung nicht nur belegärztliche Leistungen erbringen. Die daraus resultierende Arztzahlvermehrung in gesperrten Planungsbereichen hat der Gesetzgeber zu Gunsten der Belegkliniken in Kauf genommen. Bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen, spätestens jedoch nach 10 Jahren, erhält der Arzt eine Vollzulassung.

3.5 Ende der Zulassung von Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren

Die Gründe für das Ende der Zulassung sind abschließend in § 95 Abs. 7 SGB V aufgeführt.

3.5.1 Ende der Zulassung von Vertragsärzten

Die Zulassung eines Vertragsarztes endet

- mit dem Tod,
- dem Wirksamwerden eines Verzichts auf seine Zulassung, evtl. zugunsten einer Anstellung an einem Medizinischen Versorgungszentrum oder bei einem Vertragsarzt,
- mit dem Ablauf eines Befristungszeitraums oder
- dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Vertragsarztsitzes.

Mit dem Tod des Vertragsarztes endet seine Zulassung. Nach dem Bundesmantelvertrag-Ärzte können die Kassenärztlichen Vereinigungen die Weiterführung der Praxis des Verstorbenen durch einen anderen Arzt bis zur Dauer von zwei Quartalen genehmigen („Gnadenquartale“). Die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen sind davon zu unterrichten, wenn von dieser Regelung Gebrauch gemacht wird.

Die Zulassung endet ferner mit dem Wirksamwerden eines Verzichtes. Der Verzicht wird nach § 28 Abs. Ärzte-ZV mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung des Vertragsarztes beim Zulassungsausschuss folgenden Kalendervierteljahres wirksam. Allerdings kann der Zulassungsausschuss sich mit dem vorzeitigen Wirksamwerden des Verzichts einverstanden erklären, wenn der Vertragsarzt nachweist, dass für ihn die weitere Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit für die gesamte Dauer der Frist oder für einen Teil der Frist unzumutbar ist. Der Verzicht stellt eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung dar, die mit ihrem Zugang wirksam wird und dann nicht mehr zurückgenommen werden kann. Der Verzicht auf eine Zulassung ist Grundlage für eine Nachfolgezulassung (dazu oben 3.1.9.2).

Ein Wegzug des Vertragsarztes aus dem Bezirk seines Vertragsarztsitzes beendet ebenfalls dessen Zulassung. Da die Residenzpflicht zum 01.01.2012 aufgehoben wurde (dazu oben 3.3.2.), kann sich diese Regelung nicht mehr auf den Wohnsitz des Vertragsarztes beziehen, sondern allenfalls noch auf den Vertragsarztsitz, der jedoch wegen der geltenden Bedarfsplanung (dazu unten 7) nicht in einen anderen Planungsbereich bzw. Zulassungsbezirk verlegt werden kann.

Wie bereits ausgeführt (dazu oben 3.1.9.1) können die Zulassungsausschüsse seit dem 01.01.2012 bei einem Versorgungsgrad zwischen 100 Prozent und 110 Prozent Zulassungen zeitlich befristen. Eine solche Zulassung endet sodann mit dem Ablauf des Befristungszeitraumes. Unklar ist bislang, welche Konsequenzen sich hieraus bei-

spielsweise für eine während der Zulassung genehmigte unbefristete Anstellung eines anderen Arztes ergeben.

Die Mitgliedschaft in einer Kassenärztlichen Vereinigung endet mit dem Ende der Zulassung als Vertragsarzt, es sei denn, der Arzt hat zugunsten einer Anstellung an einem MVZ oder bei einem Vertragsarzt verzichtet und ist dort mindestens halbtags tätig oder er ist als Krankenhausarzt ermächtigt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

3.5.2 Ende der Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren

Die Zulassung eines MVZ endet

- mit dem Wirksamwerden eines Verzichts,
- der Auflösung,
- dem Ablauf des Befristungszeitraums oder
- dem Wegzug eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums aus dem Bezirk des Vertragsarztsitzes.

Ein Verzicht auf die Zulassung als MVZ muss von dem dazu befugten Organ ausgesprochen werden. Die Zulassungen der in dem MVZ tätigen Vertragsärzte werden durch den Verzicht auf die Zulassung des MVZ nicht berührt, denn diese werden von der Zulassung des MVZ nur überlagert bzw. sie ruhen und kommen im Falle des Verzichts oder dem Ausscheiden einzelner Vertragsärzte aus dem Medizinischen Versorgungszentrum wieder zum Tragen.

Mit der Auflösung eines MVZ gehen die Arztstellen der darin tätigen angestellten Ärzte grundsätzlich unter. Seit dem 01.01.2012 ist allerdings die Umwandlung oder Ausschreibung dieser Arztstellen möglich (dazu oben 3.1.9.3), so dass die Auflösung nicht zwangsläufig den Untergang der Angestelltenstellen bedeuten muss.

Die Zulassung eines MVZ könnte allenfalls dann befristet werden, wenn für alle beteiligten Fachgebiete der Versorgungsgrad zwischen 100 Prozent und 110 Prozent betragen würde. Mit Ablauf einer befristeten Zulassung würde die Zulassung des MVZ enden.

Der Wegzug eines MVZ ist nicht vorstellbar, sondern nur dessen Verlegung.

3.6 Entziehung der Zulassung von Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren

Unter bestimmten in § 95 Abs. 6 SGB V genannten Voraussetzungen sind Zulassungen zu entziehen.

3.6.1 Entziehung der Zulassung eines Vertragsarztes

Der Zulassungsausschuss hat über die vollständige oder hälftige Entziehung einer Zulassung zu beschließen, wenn die Voraussetzungen der Zulassung nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes ist eine Pflichtverletzung gröblich, wenn durch die Art und Schwere des Verstoßes das Vertrauen der vertragsärztlichen Institutionen in das ordnungsgemäße Verhalten des Vertragsarztes so gestört ist, dass ihnen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Arzt nicht mehr zugemutet werden kann. Unrichtige Abrechnungen und wiederkehrende Verstöße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, aber auch unverschuldete Pflichtverstöße können zur Zulassungsentziehung führen.

Nach § 95d Abs. 3 und 5 SGB V sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen, sofern der Vertragsarzt den nach § 95d SGB V erforderlichen Fortbildungsnachweis nicht innerhalb einer bestimmten Frist erbracht hat (dazu oben 3.3.7).

Die Entziehung der Zulassung durch den Zulassungsausschuss ist keine Disziplinarmaßnahme. Für deren Verhängung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig.

3.6.2 Entziehung der Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums

Die oben genannten Gründe für die Entziehung der Zulassung eines Vertragsarztes können auch für die Entziehung der Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums zur Anwendung kommen. Liegen die Gründe jedoch nur in der Person eines angestellten Arztes vor, so wird abzuwägen sein, ob nicht lediglich ein Widerruf der Genehmigung zur Beschäftigung dieses Angestellten in Betracht kommt.

Im Übrigen ist einem MVZ die Zulassung dann zu entziehen, wenn die fachübergreifende Kompetenz (dazu oben 3.2.2) oder die Gründereigenschaft (dazu oben 3.2.1) seit mehr als sechs Monaten nicht mehr vorliegen. Hinsichtlich der Gründereigenschaft gibt es allerdings für Altfälle eine Bestandsschutzregelung (dazu oben 3.2.1). Bestandsschutz gibt es auch dann, wenn eine Rechtsform (dazu oben 3.2.4) gewählt wurde, die seit dem 01.01.2012 nicht mehr zulässig ist. In diesem Fall darf folglich die Zulassung nicht wegen einer jetzt unzulässigen Rechtsform des MVZ entzogen werden.

Erbringt ein an einem MVZ angestellter Arzt den Fortbildungsnachweis nach § 95d SGB V nicht (dazu oben 3.3.7), so ist die dem MVZ erteilte Genehmigung zur Anstellung zu widerrufen und nicht etwa die Zulassung des MVZ zu entziehen.

3.7 Ruhen der Zulassung

Wenn ein Vertragsarzt nach erfolgter Zulassung seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, die Aufnahme bzw. Wiederaufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist, hat der Zulassungsausschuss nach § 26 Ärzte-ZV das vollständige bzw. seit dem 01.01.2007 auch hälftige Ruhen der Zulassung eines Vertragsarztes zu beschließen, sofern Gründe der Sicherstellung dem nicht entgegenstehen. Ein solcher Grund kann beispielsweise in der Zulassung im Rahmen einer Sonderbedarfsfeststellung liegen.

Ein in den hauptamtlichen Vorstand einer KV gewählter Vertragsarzt kann seine Zulassung nach § 79 Abs. 4 Satz 4 SGB V für die Dauer seiner Zugehörigkeit zum Vorstand ruhen lassen. Sicherstellungsgründe können dem nicht entgegenstehen.

Der Disziplinarausschuss einer Kassenärztlichen Vereinigung kann als Disziplinarmaßnahme u. a. die Anordnung des Ruhens der Zulassung für eine Dauer von bis zu zwei Jahren beschließen (§ 81 Abs. 5 SGB V i. V. m. der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung).

Während der Zeit des Ruhens der Zulassung bleibt der Vertragsarzt Mitglied seiner KV. Er darf aber in dieser Zeit weder selbst noch durch einen Vertreter vertragsärztliche Leistungen erbringen. Die Vertretungsmöglichkeit, die in der Bundesärzteordnung im Falle der Anordnung des Ruhens der Approbation ermöglicht wird, kann nicht auf das Ruhen der vertragsärztlichen Zulassung übertragen werden.

4 Anstellung von Ärzten im Rahmen vertragsärztlicher Tätigkeit

4.1 Die Anstellung durch Vertragsärzte

Vertragsärzte können gemäß § 95 Abs. 9 SGB V mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in ein Arztregister eingetragen sind, anstellen, und zwar auch in Teilzeit. Voraussetzung für die Anstellung ist, dass für die Arztgruppe keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Dann kommt nur eine Anstellung mit einer Leistungsbeschränkung nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie in Betracht. Ferner muss es sich in diesem Fall bei dem Angestellten um einen Arzt des gleichen Fachgebietes handeln und der anstellende Arzt hat eine Punktzahlbergrenze zu akzeptieren (dazu unten 7.6.1).

Erwähnt sei zudem, dass § 19 Abs. 2 MBO die fachfremde Anstellung eines Arztes nur dann zulässt, wenn die Behandlung des Patienten regelmäßig nur von Ärzten verschiedener Fachgebiete durchgeführt werden kann. Dann darf ein Vertragsarzt für die ihn fachgebietsfremde ärztliche Leistung einen Arzt des anderen Fachgebietes anstellen und die Leistung durch ihn erbringen.

Ein bereits zugelassener Vertragsarzt kann gemäß § 103 Abs. 4b Satz 1 SGB V zu Gunsten seiner Anstellung bei einem Vertragsarzt auf seine Zulassung verzichten. Da es durch die Verzichte zu Gunsten von Anstellungen insbesondere an Medizinischen Versorgungszentren zu Sicherstellungsproblemen gekommen ist, darf die Anstellung sowohl an einem MVZ als auch bei einem Vertragsarzt seit dem 01.01.2012 nur genehmigt werden, wenn Gründe der Sicherstellung dem nicht entgegenstehen. Es gelten insoweit jetzt die gleichen Maßstäbe wie bei der Verlegung eines Vertragsarztsitzes durch einen Vertragsarzt (dazu oben 3.3.2). Hierdurch haben die Zulassungsausschüsse folglich die Möglichkeit, Sicherstellungsaspekte bei dem relativ häufig praktizierten Verzicht zu Gunsten einer Anstellung zu berücksichtigen.

Berücksichtigt sei in diesem Zusammenhang ferner, dass nach der Nachbesetzung des verzichtenden Vertragsarztes durch einen im Regelfall jüngeren Angestellten dieser durch spätere Umwandlung der Angestelltenstelle in eine Zulassung (dazu oben 3.1.9.3) die Möglichkeit hat, in die Gesellschafterposition zu gelangen bzw. Berufsausübungsgemeinschaftspartner des anstellenden Vertragsarztes zu werden.

Nach § 32b Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV haben die Vertragspartner der Bundesmantelverträge zu regeln, wie viele Ärzte ein Vertragsarzt anstellen darf. In § 14a Abs. 1 BMV-Ä haben die Vertragspartner klargestellt, dass die persönliche Leitung der Arztpraxis grundsätzlich anzunehmen ist, wenn je Vertragsarzt nicht mehr als drei vollbeschäftigte oder teilzeitbeschäftigte Ärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang ihrer Arbeitszeit drei vollzeitbeschäftigten Ärzten entspricht, angestellt werden.

Sämtliche Anstellungen sind durch den für den Vertragsarztsitz zuständigen Zulassungsausschuss zu genehmigen. Hat ein Vertragsarzt eine Ermächtigung für die Aus-

übung vertragsärztlicher Tätigkeit in dem Zulassungsbezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung, so ist der dortige Zulassungsausschuss für die Anstellung eines angestellten Arztes nur für diese „Zweigpraxis“ zuständig (dazu oben 3.3.2). Erteilt werden kann die Genehmigung wiederum nur, wenn für das Fachgebiet in dem Planungsbereich keine Zulassungsbeschränkungen beschlossen wurden.

Über die angestellten Ärzte führen die Registerstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen ein besonderes Verzeichnis.

4.2 Die Anstellung an einem Medizinischen Versorgungszentrum

Für die Anstellung eines Arztes an einem MVZ gelten grundsätzlich die gleichen Voraussetzungen wie für die Anstellung eines Arztes bei einem Vertragsarzt (dazu oben 4.1). Maßgeblich ist, ob eine Arztstelle vorhanden ist oder nicht. Sofern der Planungsbereich für das maßgebliche Fachgebiet gesperrt ist, kommen nur die Nachbesetzung einer bereits vorhandenen Angestelltenstelle, die Anstellung mit Leistungsbeschränkung oder der Verzicht auf eine Zulassung zu Gunsten einer Anstellung für die Genehmigung einer Anstellung in Betracht. Erwähnt sei, dass die an einem MVZ angestellten Ärzte nach dem Wortlaut von § 95 Abs. 1a SGB V kein MVZ gründen können. Einige Zulassungsausschüsse bzw. Kassenärztliche Vereinigungen akzeptieren allerdings, dass Vertragsärzte ein MVZ gründen und sodann auf ihre Zulassung verzichten und dennoch als Gesellschafter in der Trägergesellschaft des nun gegründeten MVZ verbleiben, solange sie dort als angestellte Ärzte tätig sind.

5 Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen

Neben Vertragsärzten und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren können an der vertragsärztlichen Versorgung auch ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teilnehmen (§ 95 Abs. 1 SGB V).

5.1 Ermächtigung von Ärzten

Sowohl Ärzte, die an einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder einer Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag besteht (§ 116 SGB V und inhaltsgleich § 31a Ärzte-ZV), oder in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 119b SGB V) tätig sind, als auch andere Ärzte (§ 31 Ärzte-ZV) können zur ambulanten Behandlung ermächtigt werden.

Krankenhausärzte etc. §§ 116 SGB V, 31a Ärzte-ZV	Andere Ärzte § 31 Ärzte-ZV
<p>Voraussetzungen für Ermächtigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Approbation ■ Abgeschlossene Weiterbildung ■ Persönliche Eignung ■ Schriftlicher Antrag ■ Schriftliche Zustimmungserklärung des Trägers der Einrichtung ■ Durchführung besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden <u>oder</u> Vorhandensein besonderer Kenntnisse (quantitativ-allgemeiner oder qualitativ-spezzieller Bedarf) 	<p>Voraussetzungen für Ermächtigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Approbation oder Erlaubnis zur vorübergehenden Berufsausübung ■ Persönliche Eignung ■ Schriftlicher Antrag ■ Entweder – drohende – Unterversorgung/zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf <u>oder</u> Versorgung eines begrenzten Personenkreises <u>oder</u> Erbringung bestimmter ärztlicher Leistungen nach den Bundesmantelverträgen <u>oder</u> vorübergehende Erbringung von Dienstleistungen durch Ärzte aus EU-Mitgliedsstaaten
<p>Folgen der Ermächtigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eintragung der Ermächtigung in das Verzeichnis über Ermächtigungen der Kassenärztlichen Vereinigung ■ Mitgliedschaft in der für den Sitz des Krankenhauses zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung 	<p>Folgen der Ermächtigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eintragung der Ermächtigung in das Verzeichnis über Ermächtigungen der Kassenärztlichen Vereinigung

Krankenhausärzte etc. §§ 116 SGB V, 31a Ärzte-ZV	Andere Ärzte § 31 Ärzte-ZV
<p>Inhalt und Umfang der Ermächtigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Zeitlich, ■ räumlich und ■ dem Umfang nach begrenzt und ■ Klarstellung, ob Ermächtigter unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann 	<p>Inhalt und Umfang der Ermächtigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Zeitlich, ■ räumlich und ■ dem Umfang nach begrenzt ■ Klarstellung, ob Ermächtigter unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann
<p>Ende:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Fristablauf und nicht verlängert ■ Widerruf ■ Entziehung ■ Ende der Anstellung an der maßgeblichen Einrichtung 	<p>Ende:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Fristablauf und nicht verlängert ■ Widerruf ■ Entziehung
<p>Zuständig: Zulassungsausschuss</p>	<p>Zuständig: Zulassungsausschuss</p>

Abbildung 4: Ermächtigung von Ärzten

Die Ermächtigung von Krankenhausärzten, für die die Facharztanerkennung Voraussetzung ist, ist der Regelfall, während Ermächtigungen von Ärzten aus anderen Einrichtungen sowie nach § 31 Ärzte-ZV die Ausnahme bilden. Ferner geht die persönliche Ermächtigung eines Arztes der Ermächtigung einer ärztlich geleiteten Einrichtung nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung vor.

Zuständig für die Erteilung einer Ermächtigung sind die Zulassungsausschüsse. Zur Abwendung einer bestehenden oder drohenden Unterversorgung oder um einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, kann er nach § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV Ärzte unabhängig von einem Anstellungsverhältnis an einem Krankenhaus ermächtigen. Diese Voraussetzungen sind selten erfüllt und die Regelung kommt kaum zur Anwendung.

Einen Krankenhausarzt oder einen ihm gleichgestellten Arzt einer anderen Einrichtung kann der Zulassungsausschuss ermächtigen, wenn dieser eine abgeschlossene Weiterbildung nachweist, der Krankenhausträger bzw. der Träger der Einrichtung sich mit der Ermächtigung schriftlich einverstanden erklärt und der Zulassungsausschuss sodann einen Bedarf i. S. v. § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV für die Ermächtigung feststellt. Maßgeblich ist, ob ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse des Arztes eine ausreichende Versorgung der Versicherten durch Vertragsärzte nicht sichergestellt ist. Sowohl quantitative als auch qualitative Aspekte sind zu berücksichtigen. Ein quantitativ-allgemeiner Bedarf

liegt vor, wenn Vertragsärzte des Fachgebietes nicht in ausreichender Anzahl vorhanden sind, um den Bedarf zu decken. Setzen Leistungen spezielle Kenntnisse und Erfahrungen voraus und werden sie deswegen von Vertragsärzten nicht oder nicht in ausreichendem Maße erbracht, kommt das Vorliegen eines qualitativ-speziellen Bedarfs in Betracht. Abzustellen ist jeweils vorrangig auf den Planungsbereich.

Kein Bedarf für eine Ermächtigung eines Krankenhausarztes ist vorhanden, wenn die Leistungen von dem Krankenhaus nach § 115b SGB V oder nach § 116b SGB V (dazu unten 5.8) erbracht werden.

Bedarfsunabhängig werden Ermächtigungen nach § 31 Ärzte-ZV i. V. m. bundesmantelvertraglichen Regelungen erteilt, und zwar

- zur zytologischen Diagnostik von Krebserkrankungen,
- zur ambulanten Untersuchung und Beratung zur Planung der Geburtsleitung im Rahmen der Richtlinien des G-BA und
- für Leistungen zur Früherkennung von Brustkrebs im Rahmen der Früherkennung.

Einen sehr eingeschränkten Anwendungsbereich hat die in § 31 Abs. 5 Ärzte-ZV enthaltene Regelung über die Ermächtigung von Ärzten aus EU-Mitgliedstaaten, auf die daher nicht näher eingegangen werden soll. Sie beruht auf EU-Recht und beinhaltet die Erbringung von Dienstleistungen, die Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind.

5.2 Umfang der Ermächtigung

Nach § 31 Abs. 7 Ärzte-ZV haben die Zulassungsausschüsse Ermächtigungen zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen. Ermächtigungen sind somit zu befristen und eine Verlängerung sollte stets rechtzeitig vor Fristablauf beantragt werden, da ein Widerspruch aufschiebende Wirkung hat, so dass die Leistungen, die nach Fristende und ab Eingang eines Widerspruchs erbracht werden, nicht abgerechnet werden können (dazu unten 6.2.2). Von einer Ermächtigung unmittelbar betroffene Vertragsärzte sind widerspruchsberechtigt, da sie vorrangig an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Eine räumliche Bestimmung der Ermächtigung ergibt sich entweder bereits dadurch, dass ein Krankenhausarzt im Rahmen seines Anstellungsverhältnisses und seiner Tätigkeit an dem Krankenhaus ermächtigt wird oder sie hat ausdrücklich zu erfolgen.

Ferner muss der Zulassungsausschuss den Leistungsumfang, auf den sich die Ermächtigung erstreckt, festlegen, und zwar ausgehend von dem Antrag. Häufig werden konkrete Leistungspositionen des EBM angegeben. Letztendlich hat der Zulassungsausschuss auch anzugeben, welche Vertragsärzte an den Ermächtigten überweisen dürfen bzw. ob er ohne Überweisung in Anspruch genommen werden kann.

5.3 Rechtsfolge der Ermächtigung eines Krankenhausarztes nach §§ 116 SGB V, 31a Ärzte-ZV

Der ermächtigte Krankenhausarzt wird gemäß § 77 Abs. 3 SGB V für die Dauer der Ermächtigung Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bezirk sich das Krankenhaus befindet. Ausdrücklich ist dies für die Ärzte, die ebenfalls ermächtigt werden können, weil sie an einer Vorsorge-, einer Rehabilitationseinrichtung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig sind, nicht geregelt.

5.4 Pflichten des ermächtigten Arztes

Der ermächtigte Arzt hat die in dem Ermächtigungsbeschluss bestimmte vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Nach § 98 Abs. 2 Ziffer 11 SGB V i. V. m. § 32a Ärzte-ZV kann der nach § 31a Ärzte-ZV ermächtigte Arzt sich bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung oder an einer Wehrübung innerhalb von zwölf Monaten bis zu einer Dauer von drei Monaten vertreten lassen.

5.5 Ende der Ermächtigung

Die Vorschriften über das Ruhen, die Entziehung und das Ende der Zulassung gelten entsprechend für Ermächtigungen (§ 95 Abs. 4 Satz 3 SGB V). Die Ermächtigung endet spätestens durch Ablauf der Frist sowie mit Ende der Anstellung an der Einrichtung. Ferner kann sie widerrufen werden.

5.6 Ermächtigung von ärztlich geleiteten Einrichtungen

Die persönliche Ermächtigung von Ärzten ist nach dem Bundessozialgericht absolut vorrangig vor Institutsermächtigungen, aber möglich ist nach § 31 Ärzte-ZV auch die Ermächtigung einer ärztlich geleiteten Einrichtung, um eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder einen begrenzten Personenkreis zu versorgen. Zudem gibt es besondere Rechtsgrundlagen für bestimmte Einrichtungen.

5.6.1 Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für einen Planungsbereich für ein Fachgebiet mindestens drohende Unterversorgung festgestellt oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf, so kann der Zulassungsausschuss nach § 116a SGB V für das entsprechende Fachgebiet zugelassene Krankenhäuser ermächtigen, soweit und solange dies zur Deckung der Unterversorgung (dazu unten 7.7) bzw. des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs (dazu unten 7.8) erforderlich ist.

5.6.2 Hochschulambulanzen

Nach § 117 SGB V ist der Zulassungsausschuss verpflichtet, auf Verlangen von Hochschulen oder Hochschulkliniken die Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) und die Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätskliniken zur ambulanten ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 SGB V genannten Personen zu ermächtigen. Eine solche Ermächtigung ist so zu gestalten, dass die Hochschulambulanzen die Untersuchung und Behandlung der genannten Personen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können. Das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung regeln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag mit den Trägern der Hochschulkliniken oder Hochschulen.

5.6.3 Psychiatrische Institutsambulanzen

Ermächtigungsgrundlage für Psychiatrische Institutsambulanzen ist § 118 SGB V. Nach § 118 Abs. 1 SGB V sind Psychiatrische Krankenhäuser vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen, d. h. hier findet keine Bedarfsprüfung statt. Nach dem Bundessozialgericht ist ferner ein Überweisungsvorbehalt für diese Ermächtigungen nicht zulässig. Die Ermächtigungen sind auszurichten auf die Versicherten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Ermächtigung angewiesen sind.

Kraft Gesetzes ermächtigt zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung sind nach § 118 Abs. 2 SGB V Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung. Allerdings erstreckt sich diese Ermächtigung nicht auf alle Versicherten, sondern auf eine bestimmte Gruppe der psychisch Kranken, die in einem Vertrag zwischen dem Spitzenverband der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung festgelegt ist.

Nach § 118 Abs. 3 SGB V gilt Absatz 2 für psychosomatische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständig, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung entsprechend. Die nach Absatz 2 folglich abzuschließende Vereinbarung war bei Redaktionsschluss noch nicht abgeschlossen.

5.6.4 Geriatrische Institutsambulanzen

§ 118a SGB V regelt die Ermächtigung geriatrischer Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen geriatrischen Abteilungen sowie von Krankenhausärzten mit einer geriatrischen Weiterbildung zu einer strukturierten und koordinierten

ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten. Auch insoweit bedarf es jedoch nach Absatz 2 der Regelung zunächst einer Vereinbarung auf Bundesebene insbesondere über Inhalt und Umfang der Versorgung, einer Konkretisierung der Patientengruppe, der sächlichen und personellen Voraussetzungen und es ist zu vereinbaren, welche Fachärzte an die geriatrischen Institutsambulanzen überweisen können sollen. Bei Redaktionsschluss lag auch diese Vereinbarung noch nicht vor.

5.6.5 Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren können vom Zulassungsausschuss nach § 119 SGB V zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden, wenn sie fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten. Die Ermächtigung ist ähnlich wie die Ermächtigung eines Psychiatrischen Krankenhauses nach § 118 Abs. 1 SGB V auf die Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder Frühförderstellen behandelt werden können.

5.6.6 Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Einrichtungen der Behindertenhilfe, die über eine ärztliche Abteilung verfügen, sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten ärztlichen Behandlung von Versicherten mit geistiger Behinderung zu ermächtigen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung dieser Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der Ärzte nicht sichergestellt ist.

Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Ferner muss der Zulassungsausschuss festlegen, ob die Ermächtigung nur auf Überweisung durch Vertragsärzte bzw. eine bestimmte Arztgruppe in Anspruch genommen werden kann oder nicht. Nach der Gesetzesbegründung soll eine Ermächtigung nach § 119a SGB V nicht die ambulante Regelversorgung durch niedergelassene Ärzte ersetzen, sondern die Versorgung durch die Niedergelassenen soll durch ein solches Kompetenzzentrum ergänzt werden.

5.6.7 Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Mit dem GKV-VStG wurde die ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 119b SGB geändert, weil der Anwendungsbereich unklar war. Nunmehr ist klargestellt, dass die Zulassungsausschüsse Pflegeeinrichtungen zur ambulanten Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Einrichtung durch angestellte Ärzte ermächtigen können, und die Anstellung der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss bedarf. Die Ärzte müssen in ein Arztregister eingetragen sein und sollen geriatrisch fortgebildet sein. Voraussetzung für die Ermächtigung ist, dass ein

Vertrag mit geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern innerhalb einer Frist von sechs Monaten nicht zustande gekommen ist.

5.7 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

Nach § 120 SGB V werden die aufgrund einer Ermächtigung erbrachten ambulanten Leistungen grundsätzlich aus der Gesamtvergütung vergütet, wobei jedoch die Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden.

5.8 Ambulante Behandlung im Krankenhaus außerhalb einer Ermächtigung

Rechtsgrundlagen für die Durchführung ambulanter Behandlungen im Krankenhaus unabhängig von Ermächtigungen finden sich in den §§ 115a, 115b und 116b SGB V für die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus, die Durchführung ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe sowie zur sogenannten ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Ohne auf die Einzelheiten einzugehen sei angemerkt, dass die entsprechenden ambulanten Operationen bzw. stationsersetzenden Eingriffe in einem zwischen den Spitzenverbänden ausgehandelten Katalog vereinbart werden. Seit dem 01.01.2012 ist in der Vereinbarung vorzusehen, dass die Leistungen auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. Zuvor war strittig, ob dies rechtlich zulässig sei oder nicht. Die Krankenhäuser sind zu den Leistungen zugelassen. Sie müssen die Leistungserbringung lediglich den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Zulassungsausschuss mitteilen. Die Vergütung erfolgt dann unmittelbar durch die Krankenkassen.

Vom 01.04.2007 bis zum 31.12.2011 war ein zugelassenes Krankenhaus zur ambulanten Leistungserbringung bestimmter hochspezialisierter Erkrankungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden war. Eine Bestimmung durfte nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet war. Eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten war anzustreben. Allerdings sind die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Regel nicht unmittelbar, sondern allenfalls mittelbar an der Krankenhausplanung beteiligt, so dass sie wenig Einflussmöglichkeiten auf die Beschlussfassung hatten. Insbesondere die Bestimmung zur Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen war sehr umstritten, da die Vertragsärzte fürchteten, die Krankenhäuser könnten die gesamte Behandlungskette übernehmen.

Daher wurde § 116b SGB V mit dem GKV-VStG völlig neu gefasst und der G-BA dazu verpflichtet, in einer Richtlinie das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) zu regeln. Nach der neuen Definition in § 116b SGB V umfasst die ambulante spezialfachärztliche Versorgung schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen und die konkreten Erkrankungen sind in § 116b Absatz 1 SGB V aufgelistet. Der Gesetzgeber hat zudem festgelegt, dass die Entscheidung über die Teilnahme an dieser Versorgungsform nicht mehr bei den Ländern, sondern den sogenannten erweiterten Landesausschüssen liegt. Dafür müssen die bestehenden Landesausschüsse um Mitglieder der Landeskrankenhausesellschaft erweitert werden.

Teilnehmen können an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach wie vor Krankenhäuser, aber zukünftig, d. h. mit Inkrafttreten der Konkretisierungen zu den einzelnen Diagnosebereichen, auch Vertragsärzte. Voraussetzung für die Teilnahme ist, dass die Teilnahme gegenüber dem erweiterten Landesausschuss angezeigt wird und dieser nicht innerhalb einer Frist von zwei Monaten mitteilt, die vom G-BA für jeden Diagnosebereich festzulegenden Voraussetzungen seien nicht erfüllt. Die Krankenhäuser, die bis zum 31.12.2011 im Rahmen von § 116b SGB V zur Leistungserbringung bestimmt worden waren, können bis zu einer Aufhebung der Bestimmung durch das Land weiterhin die Leistungen erbringen und mit den Krankenkassen abrechnen. Die Länder haben spätestens zwei Jahre nach dem Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des G-BA die Bestimmung aufzuheben.

Durch die Neuregelung des § 116b SGB V soll nicht zuletzt die Kooperation zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten bei der Versorgung der Patienten mit den betroffenen Diagnosebereichen gefördert werden. Für die Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen wird ausdrücklich gefordert, dass grundsätzlich eine Kooperationsvereinbarung zwischen den Versorgungsbereichen abgeschlossen werden muss. Die Förderung von solchen Kooperationen kann vom G-BA auch für weitere schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in die Richtlinie aufgenommen werden.

Begrüßt wird von der vertragsärztlichen Seite auch, dass bei schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen eine Überweisung durch einen Vertragsarzt notwendig ist.

Erwähnt sei noch, dass die ambulante Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V nach § 3 Abs. 2 Ziff. 13 BMV-Ä ausdrücklich keine vertragsärztliche Leistung darstellt.

Am 31.03.2013 hat der G-BA eine neue Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beschlossen, die den formalen Rahmen für den neuen Versorgungsbereich vorgibt und die Anforderungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung regelt, die grundsätzlich für alle Diagnosebereiche gelten. Im Anschluss daran soll die Konkretisierung der einzelnen Diagnosebereiche erfolgen, und zwar im Hinblick auf die schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheits-

verläufen vordringlich zu den gastrointestinalen Tumoren/Tumoren der Bauchhöhle, gynäkologischen Tumoren, rheumatologischen Erkrankungen und Herzinsuffizienz. Bei seltenen Erkrankungen soll die Priorität bei Tuberkulose, Marfan-Syndrom, Pulmonaler Hypertonie, Mukoviszidose und primär sklerosierender Cholangitis liegen. Bei Redaktionsschluss war der Beschluss zur Tuberkulose, der am 01.04.2014 in Kraft treten sollte, noch nicht in Kraft getreten.

6 Zulassungs- und Berufungsverfahren

6.1 Rechtsgrundlagen

Die §§ 96 und 97 SGB V regeln die Errichtung des erstinstanzlichen Zulassungsausschusses und des Berufungsausschusses als zweite Instanz sowie das Verfahren vor den Zulassungsinstanzen. Nach § 98 Abs. 2 Ziffern 1 bis 4 SGB V hat die Ärzte-ZV Vorschriften über die Besetzung der Ausschüsse, deren Geschäftsführung etc. zu enthalten und es wird klargestellt, dass die Grundsätze des Vorverfahrens in der Sozialgerichtsbarkeit gelten. Weitere Regelungen finden sich in den §§ 36 bis 45 Ärzte-ZV. Diese Spezialregelungen haben Vorrang vor den allgemeinen Regelungen im SGB X.

6.2 Zulassungsinstanzen

Zur Beschlussfassung und Entscheidung in Zulassungssachen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk) einen Zulassungsausschuss und einen Berufungsausschuss. Gegen die Entscheidungen des Zulassungsausschusses können die am Verfahren beteiligten Ärzte bzw. Institutionen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen den Berufungsausschuss anrufen. Auch ein Drittwiderspruch ist unter bestimmten vom Bundessozialgericht festgelegten Kriterien möglich, und zwar insbesondere gegen Zulassungen im Rahmen einer Sonderbedarfsfeststellung sowie Ermächtigungen.

Der Widerspruch hat grundsätzlich aufschiebende Wirkung, und zwar von dem Zeitpunkt an, in dem der Begünstigte von dem Widerspruch erfährt. Die bis zu diesem Zeitpunkt erbrachten Leistungen müssen daher vergütet werden (dazu unten 6.2.2). Der Berufungsausschuss kann die sofortige Vollziehung seiner Entscheidungen anordnen. Gegen Entscheidungen des Berufungsausschusses kann das Sozialgericht angerufen werden.

6.2.1 Zulassungsausschuss

Der Zulassungsausschuss besteht aus sechs Mitgliedern, und zwar aus je drei Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von der Kassenärztlichen Vereinigung, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestellt. Sie sind weisungsunabhängig.

Für Zulassungssachen der Psychotherapeuten und der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte ist nach § 95 Abs. 13 SGB V der Zulassungsausschuss mit Vertretern der Psychotherapeuten und der Ärzte in der gleichen Zahl zu besetzen, wobei zu beachten ist, dass unter den Vertretern der Psychotherapeuten

mindestens ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sein muss. Unter „Zulassungssachen“ sind insoweit sämtliche Entscheidungen zu verstehen, die in Sachen der Psychotherapeuten und der entsprechenden Ärzte zu treffen sind. Da zwischen Ärzte- und Kassenseite Parität herrschen muss, ist die Kassenseite in dieser Besetzung ebenfalls zu erweitern.

Die Zulassungsausschüsse beschließen mit einfacher Mehrheit, so dass bei Stimmengleichheit ein Antrag als abgelehnt gilt (§ 96 Abs. 2 letzter Satz SGB V). Eine Ausnahme gilt nur im Falle der ab dem 01.01.2012 in der Kompetenz des Zulassungsausschusses liegenden Beschlüsse über Ausschreibungsanträge (dazu oben 3.1.9.2). Hier ist dem Antrag bei Stimmengleichheit zu entsprechen. Gegen die Beschlüsse des Zulassungsausschusses können die Verfahrensbeteiligten Widerspruch einlegen, allerdings nicht gegen den Beschluss über einen Ausschreibungsantrag. Insoweit ist nur die Klage möglich (dazu oben 3.1.9.2).

6.2.2 Berufungsausschuss

Der Berufungsausschuss besteht aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt und je drei Vertretern der Ärzte und Krankenkassen. Ebenso wie bei den Zulassungsausschüssen (dazu oben 6.2.1) ist auch hier in Angelegenheiten der Psychotherapeuten eine andere Besetzung vorgeschrieben. Die KV bestellt die ärztlichen Vertreter und ihre Stellvertreter und die Vertreter der Krankenkassen sowie ihre Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestellt.

Über den Vorsitzenden sollen sich die Beisitzer einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, beruft ihn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Eine gleichzeitige Mitgliedschaft in Zulassungs- und Berufungsausschuss ist nicht zulässig. Gegen die Entscheidung des Berufungsausschusses kann Klage beim Sozialgericht erhoben werden (§ 97 SGB V).

Wird Widerspruch gegen die Zulassung eines Arztes oder seine Ermächtigung eingelegt, so kann er seit einem Urteil des BSG aus dem Jahr 2009 (B 6 KA 15/08 R) die Leistungen, die er bis zur Kenntniserlangung von dem Widerspruch erbracht hat, mit seiner KV abrechnen. Das BSG hat durch diese Entscheidung den Vertrauensschutz neu zugelassener oder ermächtigter Ärzte in die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse gestärkt. Zuvor waren auch die vor dem Zeitpunkt der Kenntnis von dem Widerspruch erbrachten Leistungen durch die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs nicht abrechnungsfähig.

6.2.3 Geschäftsführung, Aufsicht und Kosten

Die Geschäfte der Zulassungsinstanzen werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt und die Aufsicht über die Geschäftsführung der Zulassungs- und Berufungsausschüsse führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden (§ 97 Abs. 5 SGB V). Die Kosten der Ausschüsse werden je zur Hälfte von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen getragen, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind. Die Gebührenhöhe ist nach § 98 Abs. 2 Ziffer 4 SGB V in der Ärzte-ZV geregelt. Mit Wirkung ab 01.01.2007 wurden die Gebühren erstmalig seit 30 Jahren erhöht.

7 Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung ist in den §§ 99 bis 104 SGB V i.V.m. §§ 12 bis 16 Ärzte-ZV sowie der Bedarfsplanungs-Richtlinie geregelt. Der G-BA hat die Bedarfsplanung im Jahr 2012 entsprechend den neuen gesetzlichen Regelungen umfassend neu geregelt. Er war vom Gesetzgeber durch das GKV-VStG (§ 101 Abs.1 Satz 6 SGB V) insbesondere dazu verpflichtet worden, die regionalen Planungsbereiche zum 01.01.2013 so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. Ferner sollte er Regelungen beschließen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die von Ärzten erbrachten spezialfachärztlichen Leistungen nach § 116b SGB V (dazu oben 5.8) sowie die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte (dazu oben 5.1) berücksichtigt werden. Da die Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung jedoch noch nicht beschlossen war, als die Aktualisierung der Bedarfsplanungs-Richtlinie verhandelt wurde, fehlen Regelungen zur Berücksichtigung insoweit. Anpassungen bei der Festlegung der Verhältniszahlen (dazu unten 7.1) sind erfolgt, und zwar unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung.

Ziel des GKV-VStG war die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung und deswegen wurde beschlossen, den G-BA zur umfassenden Überprüfung der seit 1993 relativ unverändert geltenden Richtlinie über die Ausgestaltung der Bedarfsplanung zu verpflichten. Das System der Zulassungsbeschränkungen auf Grund von Überversorgung gilt weiterhin.

Ärzte können nur an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, wenn Zulassungsbeschränkungen dem nicht entgegenstehen (dazu oben 3.1.9 und 3.2.7). Es ist somit maßgeblich, ob

- der Planungsbereich Überversorgt ist oder nicht,
- gegebenenfalls trotz Überversorgung ein Vertragsarztsitz ausgeschrieben (dazu oben 3.1.9) bzw. ein Angestelltenverhältnis (dazu oben 4) nachzubesetzen ist
- oder ausnahmsweise ein Sonderbedarf geltend gemacht werden kann.

Nach § 99 Abs. 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom G-BA erlassenen Bedarfsplanungs-Richtlinie auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Die Einzelheiten ergeben sich aus § 12, 13 und 14 Ärzte-ZV sowie der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Durch das GKV-VStG wurde § 99 Abs. 1 SGB V dahingehend ergänzt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nunmehr die Möglichkeit haben, von der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA abzuweichen, soweit dies zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Ferner ist seitdem der Bedarfsplan der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen. Diese kann den Bedarfsplan innerhalb einer Frist von zwei Monaten beanstanden.

Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen haben gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V bzw. § 103 Abs. 1 Satz 1 SGB V von Amts wegen festzustellen, ob eine Unter- bzw. Überversorgung vorliegt, und zwar auf der Grundlage des beschlossenen Bedarfsplans. Maßgeblich für diese Feststellungen ist, ob der allgemeine Versorgungsgrad unter- oder überschritten ist.

7.1 Von der Bedarfsplanung erfasste Arztgruppen

Bis zum 31.12.2012 waren nicht alle Arztgruppen von der Bedarfsplanung erfasst. Nunmehr gilt sie für alle Arztgruppen mit Ausnahme der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und allgemeine Verhältniszahlen wurden für alle Arztgruppen bestimmt, die zudem erstmalig jeweils einer von vier Versorgungsebenen zugeordnet wurden:

Hausärztliche Versorgung	Allgemeine fachärztliche Versorgung	Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung
Hausärzte	Augenärzte Chirurgen Frauenärzte Hautärzte HNO-Ärzte Nervenärzte Orthopäden Psychotherapeuten Urologen Kinderärzte	Anästhesisten Radiologen Fachinternisten Kinder- und Jugendlichen- psychiater	Humangenetiker Laborärzte Neurochirurgen Nuklearmediziner Pathologen Physikalische und Rehabilitations- mediziner Strahlentherapeuten Transfusions- mediziner

Abbildung 5: Beplante Arztgruppen

Die Systematik der Versorgungsebenen ist neu und mit ihr wird zum Ausdruck gebracht, dass es eine breite hausärztliche Basisversorgung gibt, die wohnortnah stattfinden sollte und daher kleinräumig beplant wird, und eine ebenfalls patientennahe allgemeine fachärztliche Versorgung, für die die Bedarfsplanung wie bisher weiträumiger auf Kreisebene bzw. der Ebene der kreisfreien Städte stattfindet. Daran schließen sich zwei weitere Versorgungsebenen an, der spezialisiertere Arztgruppen zugeordnet sind, für deren Inanspruchnahme weitere Entfernungen zumutbar sind. Die meisten Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung sind nicht patientennah tätig, so dass für diese Ebene die KV-Bezirke als Planungsraum gelten.

Der G-BA hat die Arztgruppen im Sinne der Bedarfsplanung festgelegt (vgl. §§ 6, 11 Abs. 2, 12 Abs. 2, 13 Abs. 2, 14 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Sie stimmen überwiegend mit den Fachgebieten des Weiterbildungsrechts überein.

7.2 Planungsbereiche

Planungsbereiche bzw. räumliche Grundlage für die Feststellungen zur Über- oder Unterversorgung sind der Mittelbereich, die kreisfreie Stadt, der Landkreis, die Kreisregion oder die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung bzw. der von einer KV umfasste Bereich.

Versorgungsebene	Hausärztliche Versorgung	Allgemeine fachärztliche Versorgung	Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung
Planungsbereich	Mittelbereich	kreisfreie Stadt Landkreis	Kreisregion Raumordnungsregion	KV-Bezirk
Verhältniszahl	einheitlich	unterschiedlich	einheitlich	einheitlich

Abbildung 6: Verhältniszahlen

7.3 Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades

Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad war nach § 101 SGB V erstmals zum 31.12.1990 zu ermitteln. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (jetzt G-BA) hat damals den bedarfsgerechten Versorgungsgrad durch arztgruppenspezifische allgemeine Verhältniszahlen festgelegt und raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet. Pro KV-Bezirk gab es für alle Arztgruppen geltende unterschiedliche Regionstypen mit jeweils unterschiedlichen Verhältniszahlen für die einzelnen Arztgruppen.

Die Grundsystematik hat sich nicht geändert, aber für alle Arztgruppen, außer den der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugeordneten, ist bundesweit jeweils eine einheitliche allgemeine Verhältniszahl festgelegt worden, von der allerdings regional abgewichen werden kann. Mit der allgemeinen Verhältniszahl wird festgelegt, wie viele Einwohner ein Arzt einer bestimmten Arztgruppe versorgen soll. Sie ist folglich maßgeblich für die Berechnung des Versorgungsgrades und somit die Feststellung von Über- und Unterversorgung. Die allgemeine Verhältniszahl wurde beispielsweise für die Hausärzte auf 1 671 Einwohner pro Hausarzt festgelegt.

Auf der Versorgungsebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind Mitversorgungsaspekte berücksichtigt worden. Der G-BA hat die einzelnen Planungsbereiche jeweils fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet.

Typ 1 = starke Mitversorgung

Typ 2 = Dualversorgung

Typ 3 = stark mitversorgt

Typ 4 = mitversorgt

Typ 5 = eigenversorgt

Die Großstädte versorgen regelmäßig das Umland mit und daher ist es notwendig, dass hier gemessen an der Einwohnerzahl mehr Ärzte tätig sind als in dem mitversorgten oder sogar stark mitversorgten Umland. Auch die ländlichen eigenversorgten Regionen, in denen die dort niedergelassenen Vertragsärzte die Einwohner versorgen, benötigen mehr Ärzte als mitversorgte Planungsbereiche. Dieser Ansatz ist neu und spiegelt die Versorgungsrealität wider. Ferner wird damit verdeutlicht, dass Großstädte nicht bereits deswegen einen Ärzteüberschuss haben, weil dort überproportional viele Ärzte tätig sind, denn diese Ärzte behandeln die einpendelnde Umlandbevölkerung mit. Dies ist mit der neuen Bedarfsplanung erstmalig differenziert dargestellt und berücksichtigt worden.

Bei der Berechnung des Versorgungsgrades sind Vertragsärzte mit einem halben Versorgungsauftrag mit dem Faktor 0,5 und die bei Vertragsärzten oder an Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig wie folgt anzurechnen:

- bis zu 10 Stunden pro Woche: Faktor 0,25
- bis zu 20 Stunden pro Woche: Faktor 0,5
- bis zu 30 Stunden pro Woche: Faktor 0,75
- über 30 Stunden: Faktor 1

Ermächtigte Ärzte sollen ebenfalls angerechnet werden, wenn sie wie ein zugelassener Arzt tätig sind, wobei Abweichungen möglich sind. Über die Anrechnung von ermächtigten Einrichtungen sollen sich die jeweilige KV und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einigen. Berücksichtigt werden soll auch die Leistungserbringung nach § 116b SGB V. Hierzu enthält die Bedarfsplanungs-Richtlinie jedoch bisher keine Regelung.

Letztendlich wird die Verhältniszahl modifiziert durch einen Demografiefaktor. Der Demografiefaktor wird durch Altersfaktoren und einen Leistungsbedarfsfaktor berechnet. Hierbei wird davon ausgegangen, dass die Altersgruppe ab einem Alter von 65 Jahren einen erhöhten Behandlungsbedarf hat. Für einige Arztgruppen gilt dies mehr als für andere, so dass der Demografiefaktor sich ganz unterschiedlich auswirken kann.

7.4 Überversorgung

Nach § 101 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist Überversorgung anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad für eine Arztgruppe in einem Planungsbereich um zehn Prozent überschritten ist. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat von Amts wegen zu prüfen und festzustellen, ob eine Überversorgung besteht und sodann nach Maßgabe des § 103 Abs. 1 SGB V arztgruppenspezifische Zulassungsbeschränkungen anzuordnen. Die Anordnung der Zulassungsbeschränkungen ist für die Zulassungsausschüsse verbindlich.

Sowohl die Anordnung als auch die Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen ist in den für amtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung vorgesehenen Blättern zu veröffentlichen.

7.5 Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat nach § 16b Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV spätestens nach jeweils sechs Monaten zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen fortbestehen. Entfallen die Voraussetzungen, so sind die Zulassungsbeschränkungen unverzüglich mit verbindlicher Wirkung für den Zulassungsausschuss aufzuheben. Der Aufhebungsbeschluss ist mit einer dahingehenden Auflage zu versehen, dass Zulassungen nur in dem Umfang erfolgen dürfen, bis für die Arztgruppe wieder Überversorgung eingetreten ist. Dies führt zu einer partiellen, d. h. einer für eine bestimmte Anzahl von möglichen weiteren Zulassungen oder Anstellungen für eine Arztgruppe beschränkten Öffnung eines Planungsbereiches.

Früher galt das sogenannte „Windhundprinzip“ und es wurde zugelassen nach der Reihenfolge des Eingangs der Zulassungsanträge. Das Bundessozialgericht hat jedoch im Jahr 2005 beschlossen, dass diese Verfahrensweise nicht rechtmäßig ist. Der G-BA hat daraufhin die Bedarfsplanungs-Richtlinie entsprechend angepasst. Jetzt entsprechen die in § 26 Bedarfsplanungs-Richtlinie genannten Kriterien für die Auswahl unter mehreren Antragstellern denen bei der Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes (dazu oben 3.1.9). Zusätzlich sind allerdings bei der Auswahl unter mehreren geeigneten Bewerbern die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes und ihre Beurteilung im Hinblick auf die bestmögliche Versorgung der Versicherten zu berücksichtigen.

Vorrangig sind bei der Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen Vertragsärzte, die im Rahmen des Job-Sharings (dazu unten 7.6.1) zugelassen oder als angestellte Ärzte mit einer Leistungsbeschränkung tätig sind, zu berücksichtigen. Die vom Zulassungsausschuss in diesen Fällen festgesetzten Leistungsbeschränkungen enden von Gesetzes wegen mit der Aufhebung der Zulassungsbeschränkung. Ist ein Planungsbereich für weniger Arztstellen geöffnet worden als Job-Sharer zugelassen oder angestellte Ärzte mit einer Leistungsbeschränkung vorhanden sind, so wird die Leistungsbegrenzung nach der Reihenfolge der Zulassungen bzw. Genehmigungserteilungen beendet. Die Ärzte werden sodann bei der Berechnung des allgemeinen Versorgungsgrades berücksichtigt.

7.6 Zulassung/Anstellung trotz Überversorgung

Es gibt einige Ausnahmen, die eine Zulassung bzw. eine Anstellung auch im gesperrten Planungsbereich vorsehen. Die Nachfolgezulassung aufgrund einer Ausschreibung wurde bereits unter 3.1.9 ausführlich dargestellt. Darüber hinaus gibt es weitere Möglichkeiten.

7.6.1 Job-Sharing

Trotz der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen hat der Zulassungsausschuss nach § 101 Abs. 3 Satz 1 SGB V einem Zulassungsantrag zur gemeinsamen Berufsausübung mit einem bereits zugelassenen Vertragsarzt der gleichen Arztgruppe stattzugeben, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Maßgeblich sind insoweit die §§ 40 ff. Bedarfsplanungs-Richtlinie. Erforderlich ist,

- dass der Antragsteller zulassungsfähig ist (dazu oben 4.1),
- dass ein Vertrag über das Führen einer Berufsausübungsgemeinschaft vorliegt,
- die gleiche Arztgruppe (§ 41 Bedarfsplanungs-Richtlinie) und
- eine Einverständniserklärung bzgl. der Punktzahlobergrenze.

Die zukünftigen Partner der Job-Sharing-Berufsausübungsgemeinschaft müssen sich dazu bereit erklären, eine Punktzahlobergrenze, die die KV auf der Basis der letzten vier abgerechneten Quartale festgesetzt hat, anzuerkennen.

Entsprechende Regelungen gibt es gemäß § 101 Abs. 1 Ziffer 5 SGB V i. V. m. der Bedarfsplanungs-Richtlinie auch für die Anstellung von fachgebietsgleichen Ärzten bei Vertragsärzten. Sowohl die als Job-Sharing-Partner zugelassenen Ärzte als auch die mit einer Leistungsbeschränkung genehmigten angestellten Ärzte werden bei der Berechnung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades (dazu oben 7.3) nicht mitgezählt.

7.6.2 Lokaler und qualifikationsbezogener Sonderbedarf

Nach § 101 Abs. 1 Ziffer 3 SGB V hat der G-BA in einer Richtlinie Vorgaben zu beschließen für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze trotz Überversorgung, soweit diese zur Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind, um einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf insbesondere innerhalb einer Arztgruppe zu decken. Nach Ziffer 3a hat der G-BA zudem die allgemeinen Voraussetzungen, nach denen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 3 SGB V einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können, zu beschließen.

Im Mai 2013 hat der G-BA die Regelungen zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen und die Zulassungstatbestände für

den lokalen und den qualifikationsbezogenen Sonderbedarf beschlossen und die §§ 35 – 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie geändert. Auf den zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf (§ 35 Bedarfsplanungs-Richtlinie) soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden, da er keine Rechtsgrundlage für die Zulassungs- und Berufungsausschüsse enthält für eine Zulassung in einem überversorgten Planungsbereich, sondern den Landesausschüssen Maßstäbe vorgibt, für eine Feststellung, die sodann Grundlage für besondere Fördermaßnahmen sein kann (dazu unten 7.8).

Die Feststellung von lokalem oder qualifikationsbezogenem Sonderbedarf durch den Zulassungsausschuss dagegen setzt einen Antrag eines Arztes auf Zulassung oder eines Vertragsarztes oder eines MVZ auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes trotz Zulassungsbeschränkungen voraus. Der Antrag muss sich entweder auf lokalen Sonderbedarf für ein Fachgebiet stützen oder darauf, dass für eine Qualifikation nach einer Weiterbildungsordnung ein Bedarf vorhanden ist.

Eine Zulassung oder Anstellungsgenehmigung nach den §§ 36, 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie setzt unter anderem voraus, dass die ausnahmsweise Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztsitzes unerlässlich ist, um die vertragsärztliche Versorgung in einem Versorgungsbereich zu gewährleisten. Die Region, die von dem beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll, muss abgegrenzt und vom Zulassungsausschuss bewertet werden. Ferner muss der Ort der Niederlassung strukturelle Mindestanforderungen erfüllen und deswegen geeignet sein für die beantragte Versorgung. Zu prüfen sind insoweit beispielsweise die Verkehrsanbindung sowie der öffentliche Nahverkehr, aber auch, ob eine ausreichende Anzahl an Patienten vorhanden ist. Der beantragte Standort darf zudem bestehende Versorgungsstrukturen nicht gefährden. Sonderbedarf soll nur dort erfolgreich geltend gemacht werden können, wo die Versorgung durch bereits existierende Praxen nicht ausreicht. Eine lediglich marginale Verbesserung soll verhindert werden. Ein festgestellter Versorgungsbedarf muss zudem auch dauerhaft sein. Der Zulassungsausschuss sollte bei der Ermittlung der entscheidungsrelevanten Tatsachen geografische Informationen, die die räumlichen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten abbilden, heranziehen. Wichtig ist, dass in jedem Fall eine Einzelfallentscheidung notwendig ist, die nur von den Zulassungsinstanzen vor Ort getroffen werden kann.

Wird eine Zulassung erteilt oder eine Anstellung genehmigt, weil ein qualifikationsbezogener Sonderbedarf vorliegt, so darf der Arzt nur die Leistungen abrechnen, die im Zusammenhang mit dem Ausnahmetatbestand stehen.

Ausgeschrieben werden zur Nachbesetzung (dazu oben 3.1.9) kann ein solcher Vertragsarztsitz nur bei Fortbestand des Sonderbedarfs. Wird der Antrag abgelehnt, so erfolgt keine Entschädigung durch die KV. Sollte der Planungsbereich durch den Landesauschuss geöffnet werden für weitere Stellen in dem betroffenen Fachgebiet, so erfolgt keine automatische Umwandlung in eine unbeschränkte Zulassung mehr wie früher.

7.6.3 Zulassung eines Belegarztes

Das Verfahren nach § 103 Abs. 7 SGB V wurde bereits beschrieben (dazu oben 3.4.5), so dass auf diese Ausführungen verwiesen wird.

7.6.4 Hochschullehrer

Gemäß § 95 Abs. 9a SGB V können Hausärzte mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Hochschullehrer für Allgemeinmedizin und deren wissenschaftliche Mitarbeiter, die in ein Arztregister eingetragen sind, unabhängig von Zulassungsbeschränkungen anstellen.

7.7 Unterversorgung

Zuständig für die Prüfung, ob Unterversorgung vorliegt oder droht, sind die Landesausschüsse. Maßgeblich ist die Bedarfsplanungs-Richtlinie. Definiert ist der Begriff Unterversorgung in § 28 Bedarfsplanungs-Richtlinie und nach § 29 Bedarfsplanungs-Richtlinie ist eine Unterversorgung anzunehmen, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 Prozent und den in der fachärztlichen Versorgung um mehr 50 Prozent unterschreitet. Sofern insbesondere die Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang erwarten lässt, der zum Eintritt einer Unterversorgung führen würde, droht eine Unterversorgung. Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung sind unter anderem das Tätigkeitsgebiet der maßgeblichen Ärzte, deren Leistungsfähigkeit, Alter und Versorgungsbeitrag. Ebenso kommt es auf die Anzahl der Versicherten, deren Altersstruktur, ihre Nachfrage an ärztlichen Leistungen und den Ort der Inanspruchnahme dieser Leistungen an (§ 31 Bedarfsplanungs-Richtlinie).

Hat der Landesausschuss eine – drohende – Unterversorgung festgestellt, so hat er gemäß § 100 Abs. 1 Satz 2 SGB V der KV aufzugeben, binnen einer angemessenen Frist die – drohende – Unterversorgung zu beseitigen bzw. abzuwenden. Der Landesausschuss kann hierzu bestimmte Maßnahmen empfehlen. Dauert nach Fristablauf die – drohende – Unterversorgung an, so hat der Landesausschuss nach der Anhörung des zuständigen Zulassungsausschusses Zulassungsbeschränkungen in anderen Planungsbereichen anzuordnen.

7.8 Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf

Den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen obliegt nach § 100 Abs. 3 SGB V die Feststellung, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. Die allgemeinen Voraussetzungen, nach denen die Landesausschüsse diese Feststellungen treffen können, sind in der Bedarfsplanungs-Richtlinie geregelt. Nach § 35 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie legen die Landesausschüsse fest, für welche Bezugsregionen innerhalb eines Planungsberei-

ches sie die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs treffen. Die Bezugsregion muss eine versorgungsrelevante Bevölkerungszahl umfassen. Als Anhaltspunkt soll dabei die Verhältniszahl der jeweiligen Arztgruppe gelten. Sodann ist maßgeblich, ob in einer solchen Bezugsregion die Kriterien für das Vorliegen einer Unterversorgung erfüllt sind. Bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs sind insbesondere die regionale Demografie, die regionale Morbidität, sozioökonomische Faktoren, die Versorgungsstrukturen, räumliche Faktoren und infrastrukturelle Besonderheiten zu berücksichtigen. Begrenzt wird die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs dadurch, dass er sich nur auf maximal fünf Prozent der Ärzte einer Arztgruppe in einer KV-Region beziehen darf. Wie bereits erwähnt beinhaltet die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs keinen Zulassungstatbestand, so dass sich aus der Feststellung nicht zwingend ein Anspruch auf Zulassung ergibt. Dafür wären die Sonderbedarfsregelungen maßgeblich (dazu oben 5.2). Die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs soll im Bedarfsplan zeitnah ausgewiesen werden. Um die Versorgungssituation der betroffenen Region zu verbessern, können diverse Instrumente zum Einsatz kommen. Die Niederlassung oder die Gründung von Zweigpraxen kann gefördert werden, aber es können auch finanzielle Anreize für die vorhandenen Ärzte gesetzt werden.

7.9 Gemeinsames Landesgremium

Nicht alle Bundesländer haben bisher von der Möglichkeit nach § 90a SGB V Gebrauch gemacht, in einem Landesgesetz die Bildung eines gemeinsamen Landesgremiums zu ermöglichen, das Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben kann. In dem Gremium können Vertreter des Landes, der KV, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weitere Beteiligte als Mitglieder vorgesehen werden. Ist ein solches Gremium vorgesehen, so ist ihm Gelegenheit zu geben, zur Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne (dazu oben 7) und zu Entscheidungen der Landesausschüsse zur – drohenden – Unterversorgung, Überversorgung, zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf (dazu oben 7.4, 7.7, 7.8) und gegebenenfalls im Falle der Nichtherstellbarkeit des Einvernehmens über den Bedarfsplan eine Stellungnahme abzugeben.

8 Beteiligung von Patientinnen und Patienten

Organisationen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblich sind, werden im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung bei Fragen, welche die Versorgung betreffen, in einem vom SGB V festgelegten Umfang beteiligt. Beteiligungsrechte bestehen auf Bundesebene im G-BA und auf Landesebene in den Landesausschüssen, den gemeinsamen Landesgremien (dazu oben 7.9) und den Zulassungsinstanzen. Das Nähere zu den einzelnen Voraussetzungen für die Beteiligung, den Umfang der Beteiligung und die Anzahl der Patientenvertreter in den jeweiligen Ausschüssen ergibt sich aus § 140f SGB V.

9 Sicherstellung

Mit dem GKV-VStG sind neue Regelungen in Kraft getreten, die das Ziel haben, eine flächendeckende bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung sicherzustellen. Durch die Abschaffung der Residenzpflicht (dazu oben 3.3.2) und die Möglichkeit zur Umwandlung von Angestelltenstellen in Zulassungen (dazu oben 3.1.9.3) sollte die Niederlassungswilligkeit junger Ärzte gesteigert werden. Die Regelungen zur Verlegung eines Vertragsarztsitzes wurden auf die Übernahme von Vertragsarztsitzen durch Anstellung am MVZ und beim Vertragsarzt übertragen, um das Entstehen von Lücken in der vertragsärztlichen Versorgung zu verhindern.

Viele Kassenärztliche Vereinigungen fördern mittlerweile alleine oder zusammen mit den Ländern die Niederlassung von Ärzten oder die Fortführung von Vertragsarztsitzen unmittelbar oder als Zweigpraxis finanziell. Rechtsgrundlage hierfür ist § 105 Abs. 1 SGB V, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen alle geeigneten finanziellen oder sonstigen Maßnahmen zu ergreifen haben, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern.

9.1 Eigeneinrichtungen

KVen konnten schon vor dem GKV-VStG Eigeneinrichtungen betreiben (vgl. § 105 SGB V). Nach wie vor bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Betreiben einer solchen Einrichtung, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen muss, des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Klargestellt wurde jedoch, dass die in diesen Einrichtungen erbrachten ärztlichen Leistungen aus der Gesamtvergütung zu vergütet sind. Neu ist, dass jetzt in begründeten Einzelfällen auch Kommunen eine eigene Einrichtung zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben dürfen. Sie benötigen hierfür die Zustimmung der KV. Eine solche Einrichtung ist vom Zulassungsausschuss auf Antrag zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärzten, die in ein Arztregister eingetragen sind, zu ermächtigen.

9.2 Strukturfonds

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Finanzierung von Fördermaßnahmen in unterversorgten Gebieten, solchen mit drohender Unterversorgung oder zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf einen Strukturfonds bilden, für den sie 0,1 Prozent der Gesamtvergütung zur Verfügung stellen. Wird ein solcher Fonds gebildet, haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Fonds zu entrichten. Aus diesem Fonds können sodann beispielsweise Investitionskosten bei einer Neuniederlassung bezuschusst werden oder Zuschläge zur Vergütung gezahlt werden.

Literaturverzeichnis

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten, Kommentar, Schallen, 8. Auflage

Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, S. Bäune, A. Meschke, S. Rothfuß, 2008

Vertragsarztrecht kompakt, H.D. Schirmer, 2006

Fragen zur Selbstkontrolle

Das Fortbildungsheft soll erläutern, in welcher Art und Weise heutzutage an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen werden kann. Um Ihnen zu ermöglichen, das erworbene Wissen zu prüfen, hier ein paar Verständnisfragen:

1. Wer nimmt an der vertragsärztlichen Versorgung teil?
2. Welche Unterlagen müssen für einen wirksamen Zulassungsantrag eingereicht werden?
3. Entscheidet die für einen KV-Bezirk zuständige Kassenärztliche Vereinigung über einen Zulassungsantrag?
4. Kann ein Arzt in einem für weitere Zulassungen gesperrten Planungsbereich dennoch angestellt werden?
5. Können zwei Hausärzte ein MVZ gründen?
6. Ist es ausreichend, wenn ausschließlich zwei Chirurgen in einem MVZ ärztliche Leistungen erbringen sollen?
7. Muss der ärztliche Leiter eines MVZ in diesem auch ärztliche Leistungen erbringen?
8. Was ist Voraussetzung für eine persönliche Ermächtigung eines Krankenhausarztes?
9. Gibt es Institutsermächtigungen?
10. Werden die in einer Hochschulambulanz erbrachten ärztlichen Leistungen aus der Gesamtvergütung vergütet?
11. Kann ein Facharzt für Chirurgie einen Facharzt für Anästhesiologie in einem für die Arztgruppe der Anästhesiologen gesperrten Planungsbereich anstellen, wenn er eine Leistungsbeschränkung akzeptieren würde?
12. Wann ist im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung Unterversorgung anzunehmen?
13. Welche Bedeutung hat der Versorgungsgrad im Rahmen der Bedarfsplanung?
14. Gelten für alle Arztgruppen die gleichen Planungsbereiche?
15. Gelten überall in Deutschland die gleichen Verhältniszahlen je Arztgruppe?
16. Wer beschließt den Bedarfsplan?
17. Wie setzen sich die Zulassungsinstanzen (Zulassungs- und Berufungsausschuss) zusammen?
18. Sind die Mitglieder des Zulassungsausschusses weisungsgebunden bei ihren Entscheidungen?
19. Gibt es überall in Deutschland ein gemeinsames Landesgremium, das sich mit versorgungsübergreifenden Fragestellungen befasst?
20. Wer muss dafür sorgen, dass die medizinische Versorgung in Deutschland sichergestellt wird?

Schlagwortverzeichnis

Schlagwort	Seite
Alter	18, 21, 59, 63
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	10f., 50f., 56
Angestellter Arzt	17f., 20ff., 26f., 29ff., 35, 37, 39ff., 49, 59ff., 66
Anstellung	9, 11, 17, 19f., 22, 26f., 30f., 38f., 41ff., 45, 47, 49, 60ff., 66
Apparategemeinschaft	36
Approbation	14ff., 19, 21, 41, 44
Approbationsalter	21
Arztregister	9, 14ff., 22ff., 42, 49, 63, 66
Assistenten	31f.
Aufschiebende Wirkung	46, 53, 54
Bedarfsplanung	11, 19, 26, 38, 56ff., 68
Bedarfsplanungs-Richtlinie	10f., 42, 56, 58ff.
Belegarzt	37, 63
Berufsausübungsgemeinschaft	20f., 30, 34ff., 61
Berufsrecht	11, 23, 29, 32, 34f.
Berufungsausschuss	53f., 68
Bundessozialgericht	40, 47f., 53, 60
Bürgschaftserklärung	23, 25f.
Disziplinarmaßnahme	40f.
Eigeneinrichtung	17, 66
Einrichtung der Behindertenhilfe	12, 49
Einrichtung nach § 311 SGB V	12
Ermächtigung	12f., 24, 29f., 42, 44ff., 53f., 56, 68
Ersatzkassen	10, 13, 17, 38, 48, 50, 53ff., 59, 64, 66
Fachärztliche Versorgung	12, 28, 57f., 63
Gemeinsamer Bundesausschuss/G-BA	11, 15, 19, 46, 51, 56, 58, 60f., 65
Geriatrische Institutsambulanz	12, 48f.
Geschäftsführung	25, 53, 55

Gnadenquartal	38
Gründer	23f., 26
Gründereigenschaft	23f., 26, 40
Hausärztliche Versorgung	12, 57, 58, 63, 68
Hochschulambulanzen	12, 48, 50, 68
Institutsambulanz	12, 48ff.
Job-Sharing	21, 36, 60f.
Kassenärztliche Bundesvereinigung/KBV	28, 31f., 48
Kassenärztliche Vereinigung	9f., 13, 16f., 19, 21f., 24f., 27ff., 31ff., 38ff., 43f., 47f., 50, 53ff., 60, 66, 68
Krankenhaus	18, 25, 37, 44ff., 49ff.
Krankenhausarzt	9, 17, 39, 44ff., 68
Krankenhausplanung	50
Krankenkassen	13f., 17, 19f., 24f., 31, 34, 37f., 47f., 50f., 53ff., 63f., 66
Laborgemeinschaften	32, 36
Landesausschuss	21, 47, 51, 60, 63
Medizinische Versorgungszentren/MVZ	9, 11ff., 16ff., 22ff., 31ff., 35, 37ff., 59, 62, 66, 68
Mittelbereich	58
Mitversorgung	59
Nachbesetzungsverfahren	19ff.
Nebenbetriebsstätte	29
Notdienst	32f.
Patientenvertreter	65
Persönliche Leistungserbringung	31f.
Pflichten	40, 47
Präsenzpflicht	28
Praxisgemeinschaft	36
Psychiatrische Institutsambulanzen	48, 50
Psychotherapeuten	10f., 14ff., 24, 35, 53f., 57
Psychotherapeutengesetz	11
Residenzpflicht	28, 38, 66

Sicherstellung	12f., 31f., 41f., 56, 66
Sicherstellungsauftrag	28, 34
Sicherstellungsgründe	27, 41
Sonderbedarf	56, 61f.
Sozialgericht	53f.
Sozialpädiatrische Zentren	12, 49f.
Sprechstunden	18, 28, 30
Strukturfonds	66
Teilberufsausübungsgemeinschaft	34ff.
Teilnahmeformen	9
Überversorgung	19, 56f., 60f., 64
Unterversorgung	12, 21, 44f., 47, 58, 63f., 66, 68
Vergütung	34, 50, 66
Verlegung	27f., 39, 42, 66
Versorgungsbedarf	44, 47, 61ff., 66
Versorgungsstrukturgesetz/GKV-VStG	11, 18f., 21, 25, 28, 33, 35, 49, 51, 56, 66
Vertragsärztliche Versorgung	9, 11ff., 18f., 23ff., 27f., 31, 33ff., 39, 44, 46, 56, 61f., 66, 68
Vertragsarztrechtsänderungsgesetz/VÄndG	11, 23, 29, 32, 34
Vertretung	31f.
Verzicht	14, 20f., 23, 27, 34, 38f., 42f.
Vorstand	17, 25, 27, 41
Wartelisten	22
Widerspruch	46, 53f.
Wirtschaftlichkeit	33, 40
Zulassung	9, 14, 16ff., 32, 34, 36ff., 47, 53f., 60ff., 66, 68
Zulassungsausschuss	12, 14f., 17f., 20ff., 27ff., 38, 40ff., 45ff., 53f., 60ff., 66, 68
Zulassungsbeschränkung	14, 19f., 23, 26, 30, 37, 42f., 56, 60ff.
Zulassungsentziehung	33, 40
Zuweisung gegen Entgelt	33ff.
Zweigpraxis	22, 27, 29, 43, 66

Übersicht der bereits erschienenen KBV-Fortbildungshefte

(Stand: August 2014)

- Heft 1 Aufgaben und Organisation ärztlicher Körperschaften und Verbände
Autor: Dipl.-Ök. I. Quasdorf
Stand: 2014
- Heft 2 Die gesetzliche Krankenversicherung
Autor: Dipl.-Ök. I. Quasdorf
Stand: 2014
- Heft 3 Einführung in das Vertragsarztrecht
Autor: Ass. jur. B. Berner
Stand: 2014
- Heft 4 Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
Autor: Ass. jur. B. Hartz
Stand: 2014
- Heft 5 Die Bundesmantelverträge
Autoren: RA Dr. jur. G. Nösser
 Ass. jur. E. Jolitz
Stand: 2009
- Heft 6 Gesamtverträge und Gesamtvergütung
Autor: Dr. rer. soc. Th. Kriedel
Stand: 2012
- Heft 7 Die Datenwelt der vertragsärztlichen Versorgung
Autor: Dipl.-Kfm. K. Wilkening
Stand: 2007
- Heft 8 Grundbegriffe des Verwaltungsrechts
Autor: Ass. jur. A. Genzel
Stand: 2014
- Heft 9 Die Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung und die
Wirtschaftlichkeitsprüfung
Autor: Dipl.-Vwt. S. Freund
Stand: 2013
- Heft 10 Der Gemeinsame Bundesausschuss und seine Richtlinien zur
vertragsärztlichen Versorgung
Autor: Dr. med. P. Rheinberger
Stand: 2009

-
- Heft 11 Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung
Autor: Dr. habil. R. Pfandzelter
Stand: 2014
- Heft 12 Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen, Fremdkassenzahlungs-
ausgleich und Honorarverteilung
Autor: Dipl.-Vwt. D. Bollmann
Stand: 2008