

„Versorgungsstrukturgesetz -  
neue Handlungsoptionen für Nephrologen ?“

Ein Beitrag von

**Dr. Thomas Feldmeier, Rechtsanwalt + Notar  
Fachanwalt für Medizin - und Arbeitsrecht  
zur Fortbildungsveranstaltung des**



am 12.06.2012 in Dortmund

## I.

**(Rück)Umwandlung von Arztstellen in Zulassungen****Bisherige Rechtslage:**

Die Umwandlung von (selbstständigen) Zulassungen in Arztstellen war eine Einbahnstraße. Sie war nur von der Zulassung zur Arztstelle gem. § 103 Abs. 4a+b SGB V, nicht umgekehrt möglich.

**Jetzige Rechtslage:**

Die Umwandlung ist nach beiden Richtungen in der Anzahl unbegrenzt möglich. Die entsprechende Regelung in § 95 Abs. 9 b SGB V lautet:

(9b) Eine genehmigte Anstellung nach Absatz 9 Satz 1 ist auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragsarzt nicht zugleich bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4, wird der bisherige angestellte Arzt Inhaber der Zulassung.

→ **Probleme:**

1. Was geschieht, wenn zwei oder mehr angestellte Ärzte die Arztstelle besetzen?  
Der anstellende Arzt bestimmt, wenn kein Ausschreibungsverfahren erfolgt, wer Inhaber der Zulassung wird.
2. Wenn eine Ausschreibung erfolgt, kann der Zulassungsausschuss gem. dem ab dem 1.1.2013. geltenden Nachbesetzungsverfahren (§ 103Abs.3a SGB V) die Ausschreibung ablehnen?  
Wohl nicht, da § 95 Abs.9b SGB V nicht auf § 103Abs.3a verweist.  
Folge: Dadurch kann die Regelung in § 103Abs.3a SGB V umgangen werden.
3. Kann der anstellende Arzt im Ausschreibungsverfahren bestimmen, wer der Nachfolger wird oder sind seine Interessen besonders zu berücksichtigen?  
Nein, der Zulassungsausschuss entscheidet nach den sonstigen Kriterien des § 103Abs.4 SGB V (Eignung, Approbationsalter, Dauer der ärztlichen Tätigkeit, Verwandtschaft und **Erfüllung besonderer Versorgungsbedürfnisse**).

## → Handlungsoptionen:

1. Im Fall des Ausscheidens eines Partners ist es jetzt ein probates Mittel, den Vertragsarzt-sitz zunächst in eine Arztstelle umzuwandeln und diese mit dem Nachfolger als (zunächst) angestellten Arzt zu besetzen. Das vermeidet das Ausschreibungsverfahren mit seinen (zukünftig ab 1.1.2013 erhöhten) Risiken und macht die „Kennenlernphase“ kostengünstiger und weniger risikoreich für beide Beteiligten, weil zunächst keine Gesellschaft gegründet werden muss.  
Allerdings sind steuerliche Aspekte zu berücksichtigen. Auch können bei ÜBAG´s Probleme bestehen, die einen solchen Weg erschweren.
2. Bisher konnten Arztstellen nicht auf einen anderen Rechtsträger verschoben werden. Das ist zwar auch heute noch unmittelbar nicht möglich. Jedoch kann dies mittelbar durch die Umwandlung der Arztstelle in einen Vertragsarztsitz und die dann folgende (erneute) Umwandlung in eine Arztstelle durch Verzicht erreicht werden.

 **Exkurs**

Nach der bisherigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes war eine Regelung im Gemeinschaftspraxisvertrag, wonach der Junior für eine Dauer von bis zu 3 Jahren ab Beitritt von dem Senior ohne Abfindung hinausgekündigt werden konnte und dann verpflichtet war, den Vertrags-Arztstz zur Verfügung zu stellen, zulässig.

Ob diese Rechtsprechung angesichts der jetzt bestehenden Möglichkeit der Erprobung durch eine Anstellung so aufrecht erhalten bleibt, erscheint fraglich.

## II.

# Nachbesetzungsverfahren

### § 103 Abs. 3a SGB V (ab 1.1.2013):

„Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, entscheidet der **Zulassungsausschuss auf Antrag** des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben, ob ein Nachbesetzungsverfahren nach Absatz 4 für den Vertragsarztsitz durchgeführt werden soll ... Der Zulassungsausschuss kann den Antrag ablehnen, wenn eine **Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich** ist; dies gilt nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört ...“

„ ... Ein Vorverfahren findet nicht statt. Klagen gegen einen Beschluss ..., mit dem einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen wird, haben keine aufschiebende Wirkung. Hat der Zulassungsausschuss den Antrag abgelehnt, hat die Kassenärztliche Vereinigung dem Vertragsarzt oder seinen zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis zu zahlen.“

**§ 103 Abs. 4 Satz 5 SGB V:**

*„Bei der Auswahl der Bewerber sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:*

- 1. die berufliche Eignung,*
- 2. das Approbationsalter,*
- 3. die Dauer der ärztlichen Tätigkeit,*
- 4. eine mindestens fünf Jahre dauernde vertragsärztliche Tätigkeit in einem unterversorgten Gebiet,*
- 5. ob der Bewerber Ehegatte, Lebenspartner oder Kind ... ist***
- 6. ob der Bewerber ein angestellter Arzt ... ist oder ein Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde***
- 7. ob der Bewerber bereit ist, besondere Versorgungsbedürfnisse...zu erfüllen*

**§ 103 Abs. 4b S.2 SGB V**

Soll die vertragsärztliche Tätigkeit in den Fällen der Beendigung der Zulassung durch Tod, Verzicht oder Entziehung von einem Praxisnachfolger weitergeführt werden, kann die Praxis auch in der Form weitergeführt werden, dass ein Vertragsarzt den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in seiner Praxis weiterführt, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Die Nachbesetzung der Stelle eines nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Arztes ist möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. § 95 Absatz 9b gilt entsprechend.

## → Probleme

1. Welche Grundsätze gelten für die Entscheidung des Zulassungsausschusses, ob er die Ausschreibung ablehnt oder nicht?  
Die Entscheidung steht im (pflichtgemäßen) Ermessen des ZA, d.h. sie ist vom Gericht nur eingeschränkt überprüfbar. Auch wirtschaftliche Gesichtspunkte (z.B. Auswirkungen auf verbleibende Partner im Fall der Gemeinschaftspraxis) sind zu berücksichtigen.
2. Wie bemisst sich die Entschädigung im Fall der Ablehnung der Ausschreibung?  
Maßgebend ist der Verkehrswert der **gesamten** Praxis, also nicht nur des vertragsärztlichen Teils. Die Festsetzung erfolgt durch die KV, wobei die Entscheidung gerichtlich voll überprüfbar ist, also letztlich ein Gutachten eingeholt wird.



## → Handlungsoptionen:

1. Sollte bei einer Einzelpraxis eine Ablehnung der Ausschreibung oder Nachbesetzung drohen, kann der Nachfolger zunächst als angestellter job-sharer oder im Jobsharing mit dem abgebenden Arzt tätig werden . Wenn danach die Ausschreibung betrieben wird, ist er privilegiert, d.h. die Ausschreibung und Nachbesetzung kann nicht abgelehnt werden.
2. Bei einer BAG bietet es sich in diesem Fall an, dass der ausscheidende Partner zunächst den Nachfolger als job-sharer anstellt und dann die Ausschreibung für den (privilegierten) Nachfolger folgt.  
Alternativ kann der ausscheidende Partner zunächst als Angestellter tätig werden; danach kann wird die Arztstelle mit dem Nachfolger besetzt und dann die Zulassung beantragt, für die § 103Abs.3a nicht gilt.
3. Bei jeder Ausschreibung kann sich die Praxis mit einem angestelltem Arzt beteiligen.

### III.

## Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

1. Der Gründerkreis für MVZ und deren Organisationsformen wurden eingeschränkt. Während bisher alle Leistungserbringer in der GKV in allen zulässigen Organisationsformen MVZ-Gründer sein konnten, heißt es jetzt in § 95 Abs.1a SGB V:

*(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich.*

**2. Den MVZ, die bis zum 31.12.2011 zugelassen waren, wurde Bestandschutz gewährt:**

*Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort.*

**3. Die MVZ, die keinen Bestandsschutz genießen und deren Geschäftsanteile nicht in Händen von Ärzten des MVZ liegen, haben Nachteile bei der Besetzung:**

*Absatz 4 gilt mit der Maßgabe, dass bei der Auswahl des Praxisnachfolgers ein medizinisches Versorgungszentrum, bei dem die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärzten liegt, die in dem medizinischen Versorgungszentrum als Vertragsärzte tätig sind, gegenüber den übrigen Bewerbern nachrangig zu berücksichtigen ist.*

## → Handlungsoptionen:

**Wann ist es sinnvoll, die Praxis in der Rechtsform eines MVZ zu führen ?**

1. Grundsatz: Herkömmliche Praxis und MVZ sind jetzt im wesentlichen gleichgestellt.  
Unterschiede bestehen in folgenden Punkten:
  - a. Nur das MVZ kann in der Rechtsform der GmbH geführt werden.
  - b. Nur am MVZ können sich andere Leistungserbringer ( Krankenhäuser etc.) als Gründer beteiligen.
  - c. Im MVZ müssen 2 Fachrichtungen vertreten sein.
  
2. Sinnvoll kann daher ein MVZ sein, wenn
  - a. wegen der Größe der Praxis die Rechtsform der GmbH angezeigt ist ( Leitungsstrukturen, Haftung etc.)
  - b. die Beteiligung oder der Verkauf von/an andere(n) Leistungserbringer der GKV beabsichtigt ist.

## IV.

# Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung soll zukünftig flexibler und vollständiger gehandhabt werden. Die bisherige Orientierung an den Stadt- und Landkreisen wird aufgegeben. Dazu legt § 101 Abs.1 S.6 SGB V fest:

*Die regionalen Planungsbereiche sind mit Wirkung zum 1. Januar 2013 so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird.*

Die Fachgruppen werden mit den Schwerpunkten differenzierter erfasst und die Bedarfsplanung darauf abgestimmt. Dies betrifft insbesondere die innere Medizin.

Zusätzlich wurde in § 99 Abs.1 S.3 SGB V neu eingeführt, dass die KVen von den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinien im Bedarfsplan abweichen können:

*1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind zu beachten. Soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, kann von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden. Den zuständigen Landesbehörden ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der aufgestellte oder angepasste Bedarfsplan ist der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen. Sie kann den Bedarfsplan innerhalb einer Frist von zwei Monaten beanstanden. Der Bedarfsplan ist in geeigneter Weise zu veröffentlichen.*



## Handlungsoptionen:

1. Es steht nicht zu erwarten, dass in den Ballungsräumen die Feststellung der Überversorgung für Nephrologen aufgehoben wird. Die Entwicklung bleibt abzuwarten.
2. Da aller Voraussicht nach die Bedarfsplanung auf die Schwerpunkte heruntergebrochen wird, ist es ab dann nicht mehr möglich, eine (allg.) internistische Zulassung für alle Schwerpunkte einzusetzen. Sollte daher der Erwerb eines (z.B. allg.) internistischen Vertragsarztsitzes in der Zwischenzeit möglich sein, sollte die Gelegenheit wahrgenommen werden, wenn zukünftig Bedarf besteht, da voraussichtlich die Preise für eine nephrologische Zulassung steigen

## V.

# Nebentätigkeit/Residenzpflicht

### 1. Nebentätigkeit

#### § 20 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV:

*„Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere ehrenamtliche Tätigkeit steht der Eignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegen, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit 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*



## Zielsetzung (Gesetzesmaterialien):

- BSG verbietet Nebentätigkeit von mehr als 13 Stunden wöchentlich bei vollem Versorgungsauftrag und von mehr als 26 Stunden wöchentlich bei halbem Versorgungsauftrag.
- Diese starren Zeitgrenzen stehen einer den jeweiligen Umständen des Einzelfalls angemessenen und flexiblen Anwendung der Regelung entgegen. Durch die Neufassung wird deshalb klargestellt, dass es für die Zulässigkeit von Nebentätigkeiten maßgeblich darauf ankommt, dass der Vertragsarzt in der Lage ist, in einem dem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang zur Verfügung zu stehen und Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Wird dies gewährleistet, ist künftig eine Nebenbeschäftigung auch bei einer Überschreitung der BSG-Zeitgrenzen möglich.

## 2. Residenzpflicht

Die Residenzpflicht wurde aufgehoben.

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit !**

**Dr. Thomas Feldmeier**  
**Rechtsanwalt + Notar**  
**Fachanwalt für Medizin- und Arbeitsrecht**  
**Elisabethstr.6**  
**44135 Dortmund**  
**0231/589788-36**  
**[feldmeier@ehlers-feldmeier.de](mailto:feldmeier@ehlers-feldmeier.de)**  
**[www.ehlers-feldmeier.de](http://www.ehlers-feldmeier.de)**

