

SCHWERPUNKTKLAUSUR VERTRAGSARZTRECHT

Lösungsskizze:

Aufgabe 1

1.

§ 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V greift zur Bestimmung der Akteure die Aufzählung in § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB V auf. Danach wirken (mit den Krankenkassen) Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und MVZ zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V nicht Zahnärzte und Psychotherapeuten nennt, so bestimmt § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V die entsprechende Anwendung für Zahnärzte, Psychotherapeuten und MVZ, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist. § 95 Abs. 1 SGB V **konkretisiert die Mitwirkung an der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung** hinsichtlich der Teilnahmeform mit der Unterscheidung zwischen **Zulassung und Ermächtigung**. Zugelassen werden die Ärzte nur als „Vertragsärzte“ bzw. Vertragszahnärzte oder Vertragspsychotherapeuten (§ 95 Abs. 2 Satz 1 SGB V) oder das MVZ selbst (§ 95 Abs. 2 Satz 5 SGB V). Die angestellten Ärzte der Vertragsärzte (§ 95 Abs. 9 und 9a SGB V) und der MVZ (§ 95 Abs. 2 Satz 7 SGB V) sind selbst keine „Vertragsärzte“ und im vertragsarztrechtlichen Sinn keine Leistungserbringer, obwohl sie - im Gegensatz zu den MVZ - Mitglieder der KV (§ 77 Abs. 3 SGB V) sind und damit an der vertragsärztlichen Selbstverwaltung beteiligt werden.

§ 95 Abs. 1 SGB V nennt als weitere Teilnahmeform die Ermächtigung. Die Voraussetzungen einer **Ermächtigung für Ärzte** werden nicht in § 95 SGB V – abgesehen von § 95 Abs. 11 SGB V – geregelt, sondern in § 116 SGB V, §§ 31 und 31a Ärzte-ZV (und §§ 5-8 BMV-Ä, §§ 8-12 EKV-Ä, §§ 10a und 10b BMV-Z und §§ 5, 6 EKV-Z).

Ermächtigungsfähige Einrichtungen werden in § 95 Abs. 1 SGB V nicht definiert. Es handelt sich um einen Sammelbegriff für insbesondere im 4. Abschnitt des 4. Kapitels des SGB V genannte Leistungserbringer, die meist ohne Bedarfsprüfung auf Antrag zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen oder zu ermächtigen sind.

Ohne Bedarfsprüfung werden **Hochschulambulanzen** nach § 117 SGB V in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang ermächtigt. **Psychiatrische Institutsambulanzen** werden nach § 118 SGB V ermächtigt; psychiatrische Krankenhäuser sind auf die Behandlung einer näher umschriebenen Patientenschaft begrenzt (§ 118 Abs. 1 SGB V); für psychiatrische Ambulanzen der Allgemeinkrankenhäuser wird auf Bundesebene vertraglich der Kreis der zu behandelnden Patienten festgelegt (§ 118 Abs. 2 SGB V). **Polikliniken u.a. im Beitrittsgebiet** nach § 311 SGB V haben Bestandsschutz und nehmen im bisherigen Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Bedarfsabhängig, allerdings nicht bezogen auf die Versorgung durch Vertragsärzte, erfolgt die Ermächtigung **Sozialpädiatrischer Zentren** zur Behandlung von Kindern nach § 119 SGB V. Bei der Prüfung, ob die Versorgung anderweitig sichergestellt ist, kommt es auf eine gleichwertige Versorgung an, d.h. darauf, ob andere Sozialpädiatrische Zentren die Versorgung bereits in ausreichendem Maße gewährleisten. Ferner können seit Einführung durch das **GMG Einrichtungen der Behindertenhilfe**, die über eine ärztlich geleitete Abteilung verfügen, zur Behandlung von Versicherten mit geistiger Behinderung nach § 119a SGB V ermächtigt werden, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung durch niedergelassene Ärzte nicht sichergestellt ist. Seit dem PflegeWEG können **stationäre Pflegeeinrichtungen oder die von ihnen angestellten Ärzte** für die von ihnen zu betreuenden Versicherten ermächtigt werden, soweit ein Kooperationsvertrag mit vertragsärztlichen Leistungserbringern nicht zustande kommt (§ 119b SGB V). **Zugelassene Krankenhäuser** können für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen **Unterversorgung** oder ein lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde, nach §§ 116a SGB V ermächtigt werden.

Seit dem GKV-VStG können **kommunale Träger** (Städte, Gemeinden, Landkreise) erstmals Eigeneinrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben. Voraussetzung ist ein begründeter Ausnahmefall, der insb. vorliegt, wenn eine Versorgung auf andere

Weise nicht sichergestellt werden kann. Die Genehmigung erfolgt als Ermächtigung auf Antrag durch den Zulassungsausschuss (§ 105 Abs. 5 SGB V). Damit ist eine Bedarfsprüfung zwingend vorgeschrieben. Weiter erforderlich ist eine Zustimmung der in den Zulassungsgremien vertretenen KV.

2.

Über Zulassung und Ermächtigung entscheidet der Zulassungs- und Berufungsausschuss (§§ 96, 97 SGB V).

3.

Die durch das GMG ab 2004 eingeführte hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V ist nunmehr für alle Krankenkassen **obligatorisch als flächendeckende Versorgung**, wird inhaltlich durch den Gesetzgeber ausgestaltet und von gesamtvertraglichen Vereinbarungen abgekoppelt. Verträge können – in Anlehnung an § 140b Abs. 1 Nr. 4 SGB V – auch mit Managementgesellschaften geschlossen werden. Die KV kann nur bei einer Ermächtigung einer Gemeinschaft von Hausärzten als Vertragspartner auftreten.

Der **Sicherstellungsauftrag** der KVen wird reduziert (so ausdrücklich § 73b Abs. 4 Satz 5 SGB V), ohne den Sicherstellungsgrundsatz der Kassenärztlichen Vereinigungen als Grundsatz (§ 75 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V) abzuschaffen.

Entsprechend ist die **Gesamtvergütung** zu verringern (§ 73b Abs. 7 SGB V).

Das **Leistungserbringerrecht** nach dem 4. Kapitel des SGB ist nicht verbindlich, es besteht lediglich eine Bindung an negative Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V, den BUB-Richtlinien (§ 73b Abs. 5 Satz 3 u. 4 SGB V). Die Bindung an die qualitativen Anforderungen als Mindeststandard (s. § 73c Abs. 1 Satz 3 SGB V) sind weniger eindeutig nach § 73b Abs. 2 SGB V geregelt.

Ein **Anspruch auf Vertragsabschluss** des einzelnen Vertragsarztes besteht nicht (§§ 73b Abs. 4 Satz 3 SGB V). Es besteht lediglich die Pflicht zur Ausschreibung (§§ 73b Abs. 4 Satz 4 SGB V). Für den **Versicherten** bleibt es bei einem **Einschreibemodell** (§§ 73b Abs. 3 Satz 1 SGB V). Flankierend wird den Krankenkassen aufgegeben, den Versicherten, die an besonderen Versorgungsformen nach §§ 63, 73b, 73c, 137f oder 140a SGB V teilnehmen, Wahltarife anzubieten. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen (§ 53 Abs. 3 SGB V).

b) Weiterhin können die Krankenkassen im vertragsärztlichen Bereich jedoch nur mit bereits zugelassenen ärztlichen Leistungserbringern Verträge schließen (§ 73b Abs. 4 Satz 1 und 3 SGB V). Die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung (**Zulassungsprinzip**) bleibt damit auch in Zukunft bedeutsam,

Aufgabe 2

I.1

§ 103 Abs. 4 SGB V regelt die Wiederbesetzung von Vertragsarztsitzen in gesperrten Planungsregionen. Der Verkauf einer Vertragsarztpraxis ohne Erteilung einer Zulassung an den Praxisnachfolger wäre ansonsten nicht möglich. Der Gesetzgeber will damit der Konkretisierung des **sozialpflichtigen Eigentums** Rechnung tragen. Trotz Überversorgung in einem bestimmten Gebiet ermögliche es die Vorschrift, eine Vertragsarztpraxis zum Verkehrswert zu veräußern. Es müsse aber berücksichtigt werden, dass das Eigentum an einer Vertragsarztpraxis maßgeblich von der öffentlich-rechtlichen Zulassung geprägt werde. Der Gesetzgeber sei nicht gehalten gewesen, wertsteigernde oder wertbegründende Entscheidungen des Staates dem Inhaber des Eigentumsrechtes als eigenen Verdienst anzurechnen. Die Regelung stelle eine Abwägung zwischen dem Eigentumsrecht des niedergelassenen Arztes und seiner Erben vor dem Hintergrund eines gesperrten Bezirks dar. Man

habe sich dafür entschieden, dass der Eigentumsaspekt trotz Sperrung zu berücksichtigen sei. Dies werde dadurch deutlich, dass der Verkehrswert bei der Vergabe berücksichtigt worden sei.¹

I.2

Die **Interessen des ausscheidenden Arztes oder seiner Erben** hat der Gesetzgeber auf die Höhe des **Verkehrswertes** der Praxis begrenzt. Das Gesetz geht von einer Unterscheidung zwischen dem – öffentlich-rechtlichen – **Vertragsarztsitz** und der – zivilrechtlich verkehrsfähigen – ärztlichen **Praxis** aus, wobei eine Kassenpraxis nur verkauft werden kann, wenn der Käufer auch eine Zulassung erhält. Mit der Beschränkung auf die **wirtschaftlichen Interessen** will der Gesetzgeber aber verhindern, dass ein Aufschlag für die Zulassung bezahlt werden muss. Von daher macht das Gesetz die Nachfolgelulassung nicht von einer vorherigen oder nachträglichen vertraglichen Einigung zwischen Nachfolger und dem früheren Praxisinhaber bzw. seinen Erben abhängig. Das BSG hat bisher lediglich in einem obiter dictum klargestellt, dass die Zulassungsentscheidung nicht unter der Bedingung erteilt werden darf, dass tatsächlich ein Vertrag über die Praxisübernahme – unter der Voraussetzung der Erteilung einer Zulassung an den Bewerber – abgeschlossen worden ist oder wird, und der Bewerber lediglich Interesse an einer Praxisfortführung und Verhandlungsbereitschaft zeigen muss.²

I.3

Nein, da hierüber der Zulassungsausschuss entscheidet und er an eine Vorgabe des Praxisabgebers nicht gebunden ist. Dessen Interesse ist nur auf Erhalt des Verkehrswerts der Praxis geschützt. Es ist nicht der Wille des ausscheidenden Vertragsarztes geschützt ist, wer Praxisnachfolger werden soll, sondern ausschließlich sein Verwertungsinteresse. Lediglich die Stellung als Ehegatte, Kind, angestellter Arzt oder Praxispartner zum die Praxis abgebenden Arzt können darüber hinaus berücksichtigt werden.

Soweit von gleicher Eignung auszugehen ist, kann derjenige ausgewählt werden, der sich bereits privatrechtlich mit dem Praxisinhaber geeinigt hat.³

I.4

Der Zulassungsausschuss verkennt, dass nicht der Wille des ausscheidenden Vertragsarztes geschützt ist, wer Praxisnachfolger werden soll, sondern ausschließlich sein Verwertungsinteresse. Insofern verkennt der Zulassungsausschuss seinen Ermessensspielraum. Soweit der Zulassungsausschuss aus dem Umstand, dass der Praxisabgeber nicht zur Praxisübergabe gezwungen werden kann, folgert, dass sein Wille besonders zu beachten ist, so trifft dies nicht zu. Zwar steht es dem Praxisabgeber frei, ob er die Praxis verkauft, dies bedeutet aber nicht, dass er den Praxisnachfolger bestimmen oder aussuchen kann. Diese Entscheidung obliegt allein den Zulassungsinstanzen. Der Praxisabgebende Arzt kann lediglich nicht verpflichtet werden, die Praxis an einen ihm nicht genehmen Praxisnachfolger zu veräußern.

Ferner ist Käufer der Praxis nicht der A, sondern der Z. Der Praxisübernahmevertrag wurde zwischen X und Z geschlossen, nicht zwischen A und Z. Damit fallen aber Käufer der Praxis und nachfolgender Arzt auseinander. Die Praxisnachfolge soll aber gerade ermöglichen, dass das Verwertungsinteresse des die Praxis abgebenden Arztes in einem wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereich noch möglich ist. Dies setzt voraus, dass der Praxisnachfolger auch Käufer der Praxis ist. Eine Praxisnachfolge kann nicht stattfinden, wenn ein dritter Erwerber der Praxis ist. Insofern kann lediglich ein medizinisches Versorgungszentrum nach § 103 Abs. 4a Satz 2 SGB V (jetzt § 103 Abs. 4c Satz 1 SGB V) auch im Rahmen eines Praxisnachfolgeverfahrens einen Vertragsarztsitz übernehmen und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt weiterführen zu lassen. Auch hieraus ist zu folgern, dass der Praxisübernehmer nach § 103 Abs. 4 SGB V die Praxis selbst erwirbt, wenn er sich auch den Kaufpreis durch Dritte finanzieren lassen kann. Im Verhältnis zum Praxis aufgebenden Arzt muss er aber als Käufer auftreten.⁴

¹ Vgl. Bericht des Ausschusses für Gesundheit (15. Ausschuss), BT-Drs. 12/3937 (Teil A III c ee).

² Vgl. BSG v. 29.09.1999 - B 6 KA 1/99 R - juris Rn. 41 - SozR 3-2500 § 103 Nr. 5.

³ Vgl. LSG Hessen, Beschl. v. 23.05.2007 - L 4 KA 72/06 - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris; SG Marburg, Beschl. v. 21.03.2007 - S 12 KA 75/07 ER - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris.

⁴ Vgl. SG Marburg, Beschl. v. 25.11.2011 - S 12KA 797/11 ER - juris Rn. 43.

I.5

Will der Praxisabgeber mit dem rechtsfehlerfrei ausgesuchten Praxisbewerber einen Vertrag nicht abschließen (Möglichkeit 1), so bedeutet dies nicht, dass der von ihm ausgesuchte Praxisbewerber auszuwählen ist, sondern es kommt zum Scheitern des Nachfolgeverfahrens. Die Praxis kann, soweit sie noch besteht, dann gegebenenfalls wiederholt ausgeschrieben werden (Möglichkeit 2). Soweit eine Praxis nicht mehr vorhanden ist, so kann dies im Ergebnis zur Vernichtung des wirtschaftlichen Werts der Praxis führen, ist aber, soweit das Verfahren ausschließlich am Nichtverkauf durch den Praxisabgeber scheitert, diesem zuzurechnen. Es besteht auch aus eigentumsrechtlicher Sicht keine Notwendigkeit, insofern die Willensfreiheit des Praxisabgebers zu schützen.

II.1

Das GKV-VStG stellt den Vertragsarzt mit dem MVZ weiter gleich und ermöglicht ihm entsprechend Absatz 4c Satz 1 (bzw. Absatz 4a Satz 2 a.F.), sich um eine **Praxisnachfolge zum Zwecke der Arztanstellung** zu bewerben (Absatz 4b Satz 2). Neu ist ferner die Möglichkeit, eine Arztstelle **rückumzuwandeln** in einen Vertragsarztsitz (Absatz 4b Satz 4).

II.2

Z kann sich als Praxisnachfolger zur Anstellung des A bewerben (§ 104 Abs. 4b Satz 2 SGB V). Z kann ihn als Angestellten führen oder aber den Vertragsarztsitz nach Anstellung auf A übertragen (§ 104 Abs. 4b Satz 4 i.V.m. § 95 Abs. 9b SGB V) und eine Gemeinschaftspraxis eingehen (§ 33 Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV).

A kann sich als Praxisnachfolger bewerben und mit Z eine Gemeinschaftspraxis eingehen.

Der durch das GKV-VStG zum 01.01.2012 neu eingefügte Absatz 9b des § 95 SGB V ermöglicht auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes bzw. MVZ die **Ausschreibung des Angestelltensitzes** als Vertragsarztsitz zur Praxisnachfolge oder dessen **Umwandlung in eine Zulassung** mit der Option der **Besetzung durch den angestellten Arzt**. Der genehmigte Angestelltensitz mit einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag erlangt dadurch erstmals **Verkehrsfähigkeit** wie ein Vertragsarztsitz. Bisher bestand allein die Möglichkeit der Nachbesetzung der Anstellung (§ 103 Abs. 4a Satz 3, Abs. 4b Satz 2 SGB V bzw. § 103 Abs. 4a Satz 5, Abs. 4b Satz 2 SGB V a.F.). Die Neuregelung sichert nicht nur das wirtschaftliche Verwertungsinteresse des Praxisbetreibers, da im Regelfall die Anstellung nur mit finanziellem Aufwand für die Beschaffung des Vertragsarztsitzes möglich war. Sie dürfte nunmehr auch die Anstellung zur Probe vor der Aufnahme als Praxispartner erleichtern; hierzu war es in der Vergangenheit immer wieder zu riskanten Vertragskonstruktionen gekommen. Gesetzgeberisch wird auch ein Weg aufgezeigt, wie nach Auflösung der Arztpraxis oder das MVZ mit dem Angestelltensitz zu verfahren ist.