

Tragende Gründe
zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:
Zulassungsfähige Arztgruppen

Vom 20. Dezember 2007

Inhaltsverzeichnis

1.	Rechtsgrundlagen	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
3.	Verfahrensablauf	3
4.	Würdigung der Stellungnahmen	3
5.	Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens	7

1. Rechtsgrundlagen

In der Bedarfsplanungs-Richtlinie beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V Bestimmungen über einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad wird in der Bedarfsplanungs-Richtlinie durch arztgruppenspezifische Allgemeine Verhältniszahlen ausgedrückt, die auf der Grundlage von § 101 Abs. 1 Satz 3 und 4 sowie § 101 Abs. 5 (Hausärzte) in Verbindung mit § 101 Abs. 2 SGB V in dem Verfahren nach den §§ 4 bis 8 bestimmt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat gemäß § 101 Abs. 2 SGB V die ermittelten Arztverhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen festzulegen, wenn dies wegen der Änderung der fachlichen Ordnung der Arztgruppen, weil die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe bundesweit die Zahl 1000 übersteigt oder zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung erforderlich ist.

2. Eckpunkte der Entscheidung

In mehreren Rechtsstreitigkeiten vor Sozialgerichten und Landessozialgerichten wird zur Zeit die Frage aufgeworfen, ob die Regelung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie unter § 4 Abs. 2 Nr. 6, dass Fachärzte für Herzchirurgie nicht zur Arztgruppe der Chirurgen gehören, dazu führt, dass diese Arztgruppe nicht der Bedarfsplanung unterliegt.

Mit der Konkretisierung in § 1 Abs. 3 (neu) wird klargestellt, dass eine Arztgruppe nicht zulassungsfähig ist, wenn wesentliche Leistungen dieses Fachgebietes nicht in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden können. Im Ergebnis führt das dazu, dass beispielsweise Thoraxchirurgen nicht zur Arztgruppe der Chirurgen einzuordnen sind.

3. Verfahrensablauf

In seiner Sitzung am 17. Oktober 2007 konsentiert der Unterausschuss die vorliegende Richtlinienänderung.

Den Arbeitsgemeinschaften der berufsständigen Kammern wurde mit Datum vom 22. November 2007 Gelegenheit zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 8 a SGB V eingeräumt.

4. Würdigung der Stellungnahmen

Die Bundesärztekammer teilte mit Schreiben vom 5. Dezember 2007 mit, dass sie die geplante Konkretisierung in § 1 Abs. 3 (neu) der Bedarfsplanungs-Richtlinie begrüße. Vor dem Hintergrund uneinheitlicher Rechtsauslegungen sei die Klarstellung, dass Arztgruppen, die wesentliche Leistungen ihres Fachgebietes nicht in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbringen nicht zulassungsfähig sind und damit keiner geplanten Arztgruppe zugeordnet werden können, sinnvoll.

Die Bundespsychotherapeutenkammer teilte mit Schreiben vom 5. Dezember 2007 mit, dass sie den Gemeinsamen Bundesausschuss für nicht ermächtigt halte, in den Bedarfsplanungs-Richtlinien zu regeln, welche Facharztgruppen „zulassungsfähig“ sind und welche nicht. Es handele sich hierbei um eine statusrelevante Berufungsausübungsregelung, die in ihren Grundzügen ausdrücklich im Gesetz selbst geregelt werden müsse (vgl. Facharztbeschluss, BVerfGE 33, 125). Eine Ermächtigungsgrundlage hierfür könne aus § 101 SGB V nicht abgeleitet werden.

Der Gesetzgeber habe in § 95a Abs. 1 SGB V geregelt, dass bei Vorliegen einer Befugnis zum Führen einer Gebietsbezeichnung ein Arzt in das Arztregister einzutragen sei. Voraussetzung für eine Zulassung sei gemäß § 95 Abs. 2

SGB V die Arztregistereintragung. Gemäß § 19 Abs. 1 Zulassungsverordnung sei dem Antrag eines Arztes, der im Arztregister eingetragen ist, auf Zulassung stattzugeben, sofern bei Antragstellung keine

Zulassungsbeschränkungen angeordnet waren und der Arzt nicht gemäß §§ 20 und § 21 Ärzte-ZV ungeeignet sei.

Darüber hinaus sei die Bestimmung, dass nur solche Facharztgruppen zulassungsfähig seien, die wesentliche Leistungen ihres Fachgebiets in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbringen könnten, zu unbestimmt. Mithin sei die Befugnis der Entscheidung hierüber unklar.

Die Einwände der Bundespsychotherapeutenkammer gegen die Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie verfangen nicht.

Soweit § 1 Abs. 3 (neu) der Bedarfsplanungs-Richtlinien bestimmt, dass die Richtlinie nur für die Arztgruppen allgemeine Verhältniszahlen bestimmen oder neue Arztgruppen zu bestehenden Arztgruppen zuordnen kann, wenn von dieser Arztgruppe die wesentlichen Leistungen ihres Fachgebietes auch in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden können und diese Gruppe damit zulassungsfähig ist und in Satz 2 in beispielhafter Weise aufgezählt wird, welche Arztgruppen im Einzelnen nicht zulassungsfähig sind, handelt es sich hierbei nicht um eine Vorschrift mit eigenem Regelungscharakter. Vielmehr vollzieht der Gemeinsame Bundesausschuss mit dieser Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie lediglich nach, was sich bei einer Auslegung der maßgeblichen Vorschriften, die die Pflichtenstellung des Vertragsarztes im Rahmen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung regeln, unmittelbar selbst aus dem Gesetz (SGB V, ÄrzteZV) ergibt. Ausgangspunkt ist § 70 Abs. 1 S. 1 und 2, der den Sicherstellungsauftrag der ambulant tätigen Leistungserbringer umschreibt. Danach haben die Leistungserbringer eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der **fachlich gebotenen Qualität** sowie Wirtschaftlich erbracht werden. Die Erfüllung dieses

Sicherstellungsauftrages setzt jedoch denotwendig voraus, dass die Leistungen, zu deren Erbringung der Vertragsarzt mit der Zulassung berechtigt und verpflichtet wird, ihrem Wesen nach solche sind, die überhaupt ambulant erbracht werden können. Der Versorgungsbereich, um dessen Sicherstellung es geht, muss also seiner Natur nach ein ambulanter sein.

In dieser Auffassung sieht sich der Gemeinsame Bundesausschuss durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zum Vorliegen der Voraussetzungen einer Sonderbedarfszulassung wegen eines besonderen qualitativen Versorgungsbedarfs gem. § 101 S. 1 Nr. 3 i. V. m. § 24 Buchst. b Bedarfsplanungs-Richtlinie bestätigt. Danach kann ein in einem Planungsbereich bestehenden qualitatives Versorgungsdefizit nur dann die ausnahmsweise Besetzung eines zusätzlichen - prinzipiell hauptamtlich in ausreichendem zeitlichen Umfang zu betreuenden (vgl. § 20 ÄrzteZV) - Vertragsarztsitzes rechtfertigen, wenn diese Maßnahmen zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem **kompletten Versorgungsbereich** unerlässlich ist (§ 101 S. 1 Nr. 3 SGB V). Daraus folgt, dass eine Versorgungslücke **in der gesamten Breite** eines Versorgungsbereiches - **z. B. in dem Schwerpunkt Endokrinologie** - bestehen muss. Werden lediglich einzelne spezielle Leistungen, die eine Vertragsarztpraxis in freier Niederlassung nicht sinnvoll auszufüllen vermögen, von den im Planungsbereich bereits niedergelassenen Vertragsärzten erbracht, so kommt anstelle einer Sonderbedarfszulassung ggf. die Erteilung einer Ermächtigung in Frage (BSG, Urt. v. 19. März 1997 - 6 RKA 43/96).

Hieraus folgt, dass das Vorliegen eines zulassungsrelevanten Versorgungsbereiches in der vertragsärztlichen Versorgung voraussetzt, dass das Leistungsspektrum eines Fachgebietes, mit dem ein bestimmter Versorgungsbereich umschrieben wird, in seiner gesamten Breite in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden muss. Dies ist bei den in § 1 Abs. 3 S. 2 beispielhaft aufgeführten Arztgruppen, wie z. B. beim Facharzt für Herzchirurgie nicht der Fall. Die Tätigkeit eines Facharztes für Herzchirurgie, die nach Weiterbildungsrecht hauptsächlich im operativen Bereich am Herzen liegt, wird stationär und nicht ambulant erbracht. Können aber nur wenige Leistungen aus dem gesamten

Spektrum des jeweiligen Fachgebietes amulant erbracht werden, besteht keine Möglichkeit, eine Vertragsarztpraxis in dem vom BSG geforderten Umfang zu führen. Diese Arztgruppe ist somit nicht zulassungsfähig.

Soweit gegen die Änderung eingewandt wird, dass der Begriff "wesentliche Leistungen" zu unbestimmt sei, kann dem nicht gefolgt werden. Mit den Wörtern "wesentliche Leistungen", ist der Schwerpunkt eines Fachgebietes gemeint, der auch nach der Rechtsprechung des BSG ein hinreichend bestimmtes Qualifikationsmerkmal darstellt, um festzustellen, ob die Voraussetzungen für einen qualitativen Versorgungsbedarf gem. § 24 Buchst. b der Bedarfsplanungs-Richtlinien erfüllt sind (vgl. BSG, Urt. v. 19. März 1997 - 6 RKA 43/96 - Endokrinologie -).

Siegburg, den 20. Dezember 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess

5. Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens

Die Stellungnahmen der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer sind im Anhang beigefügt.