

Mandanteninformation Medizinrecht
2 / 2014

Inhalt:

[Umwandlung von Teilzeit-Anstellungen in Zulassungen: Spruchpraxis von Zulassungsausschüssen fragwürdig](#)

[BVerwG: Zahnärzten ist Faltenunterspritzung untersagt!](#)

[Positionspapier der Kassenärztlichen Bundesvereinigung \(KBV\) zum Koalitionsvertrag – Änderungen im Zulassungsrecht?](#)



Umwandlung von Teilzeit-Anstellungen in Zulassungen: Spruchpraxis von Zulassungsausschüssen fragwürdig

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber in § 95 Abs. 9b SGB V Vertragsärzten die Möglichkeit eröffnet, dass sie eine Anstellung, die ihnen zuvor gemäß § 95 Abs. 9 SGB V genehmigt wurde, in eine Zulassung umwandeln können. Dies kann einerseits geschehen, indem diese Anstellung zur Nachbesetzung ausgeschrieben wird, und zwar entsprechend den gesetzlichen Vorgaben des § 103 Abs. 4 SGB V, oder indem der angestellte Arzt zeitgleich die Zulassung beantragt. Im letztgenannten Fall ist gesetzlich verbindlich vorgesehen, dass der vormals angestellte Arzt Inhaber der Zulassung wird, ohne dass ein Nachbesetzungsverfahren durchzuführen ist. Bekanntermaßen besteht die Möglichkeit, dass man sich Anstellungen gemäß § 95 Abs. 9 SGB V in unterschiedlichem zeitlichem Umfang genehmigen lassen kann und dass auf diesem Wege Anstellungen aufgeteilt werden können. So regelt die Bedarfsplanungsrichtlinie, mit welchem Faktor teilzeitbeschäftigte Ärzte bei der Feststellung des Versorgungsgrades in der ambulanten Versorgung zu berücksichtigen sind. Für eine Tätigkeit bis zu 10 Stunden/Woche gilt der

Anrechnungsfaktor 0,25, für eine Tätigkeit von mehr als 10 bis 20 Stunden/Woche gilt der Anrechnungsfaktor 0,5, für eine Tätigkeit von mehr als 20 bis 30 Stunden/Woche gilt der Anrechnungsfaktor 0,75 und für eine Tätigkeit über 30 Stunden/Woche der Anrechnungsfaktor 1,0. In demselben Umfang können also Anstellungen aufgeteilt werden, nämlich in eine 0,25 Arztstelle, in eine 0,5- Arztstelle, in eine 0,75 Arztstelle und in eine volle Arztstelle, jeweils abhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit des angestellten Arztes.

Da das Gesetz jedoch in § 95 Abs. 1 und 3 S. 1 SGB V i.V.m. § 19 a Ärzte-ZV lediglich die Zulassung mit vollem Versorgungsauftrag und jene mit hälftigem Versorgungsauftrag (Teilzulassung) kennt, stellt sich die Frage, welche Auswirkungen es hat, wenn eine $\frac{1}{4}$ -Arztstelle oder eine $\frac{3}{4}$ -Arztstelle umgewandelt werden soll. Unstreitig ist es, dass eine volle Arztstelle zu einer Vollzulassung wird, und dass eine halbe Arztstelle zu einer Teilzulassung wird. Auch steht fest, dass eine $\frac{1}{4}$ -Arztstelle nicht in eine Zulassung umgewandelt werden kann. Dies ist im Ergebnis deswegen konsequent, weil ein hälftiger Versorgungsauftrag gemäß § 17 Abs. 1a BMV-Ä (Bundesmantelvertrag-Ärzte) voraussetzt, dass Sprechstunden in einem zeitlichen Umfang von mindestens 10 Stunden wöchentlich angeboten werden. Dies entspricht mehr als dem maximalen Umfang der Tätigkeit für eine 0,25-Anstellung. Es bleibt die Frage, wie mit der Umwandlung einer 0,75-Arztstelle in eine Zulassung umzugehen ist. In Betracht kommt, dass diese entweder in eine Teilzulassung – also eine solche mit hälftigem Versorgungsauftrag - umgewandelt wird, oder dass diese zu einer vollen Zulassung wird.

Von einigen Zulassungsausschüssen – so z.B. dem Zulassungsausschuss für Ärzte in Schleswig-Holstein - wird die Auffassung vertreten, dass eine Umwandlung einer 0,75-Arztstelle nur zur Folge haben kann, dass aus dieser eine Teilzulassung wird. Entsprechend sind die Antragsformulare jener Zulassungsausschüsse gestaltet. Eine volle Zulassung könne nicht erteilt werden im Falle einer solchen Umwandlung. Auf welcher rechtlichen Grundlage diese Auffassung basiert, ist unbekannt. Es kann nur vermutet werden, dass das formale Argument genutzt wird, dass eine 0,75-Arztstelle eben keine 1,0-Arztstelle sei und nur eine solche zu einer vollen Zulassung umgewandelt werden kann.

Diese Spruchpraxis steht jedoch nicht im Einklang mit den vertragsarztrechtlich einschlägigen Vorschriften und dürfte somit rechtswidrig sein. § 21 Abs. 5 der Bedarfsplanungsrichtlinie (BedPI RiLi) sieht ausdrücklich vor, dass bei Umwandlung einer Anstellung in eine Zulassung der Arzt, der bisher als Angestellter mit dem Faktor 0,75 gezählt wurde, voll zugelassen wird, also mit dem Faktor 1 angerechnet wird. Eine 0,75-Arztstelle ist somit – sofern der zunächst anstellende Vertragsarzt dies zeitgleich mit der Umwandlung beantragt – in eine volle Zulassung umzuwandeln. Dass dieses Ergebnis richtig sein muss, ergibt sich auch unter Heranziehung des Gedanken des § 17 Abs. 1a BMV-Ä. Dieser sieht vor, dass ein Vertragsarzt mit einem vollen Versorgungsauftrag mindestens 20 Sprechstunden wöchentlich anbieten muss. Diese Mindestsprechstundenzeit hat der Arzt, dessen Anstellung mit dem Anrechnungsfaktor 0,75 genehmigt wurde, ebenso anzubieten, da die diesbezügliche Genehmigung eine Tätigkeit von 21-30 Stunden wöchentlich vorsieht.

Es ist somit keine rechtliche Grundlage ersichtlich, die nach Inkrafttreten des § 21 Abs. 5 BedPI RiLi am 01.04.2013 für die teilweise gegenteilige Spruchpraxis verschiedener Zulassungsausschüsse, also jener des Zulassungsausschusses für Ärzte in Schleswig-Holstein streitet.

Sollte also ein Vertragsarzt sich als Ziel setzen, eine 0,75-Arztstelle in eine volle Zulassung umwandeln zu wollen, ist anzuraten, die entsprechenden Anträge zu stellen. Es bestehen gute Erfolgsaussichten, die Umwandlung in diesem gewünschten Umfang im Widerspruchsverfahren, zumindest in einem gerichtlichen Verfahren durchzusetzen. Um zu verhindern, dass im Fall der fehlenden Nachbesetzung

der – nach Ansicht des Zulassungsausschusses – vakant werdenden halben Arztstelle diese halbe Arztstelle nach 6 Monaten verfällt (vgl. BSG, Urt. vom 19.10.2011, Az. B 6 KA 23/11 R), sollten vorsorglich geeignete Hilfsanträge gestellt werden, die bis zur Klärung der Rechtsfrage sicherstellen, dass dieser halbe Sitz nicht ersatzlos verfällt, z.B. indem hilfsweise die Genehmigung der Anstellung eines anderen Arztes in einem Umfang von 11-20 Stunden wöchentlich beantragt wird. Dieses Vorgehen sollte zur Meidung rechtlicher Nachteile zwingend mit anwaltlicher Begleitung umgesetzt werden.

RA Christian Gerdts
April 2014

[zurück](#)



BVerwG: Zahnärzten ist Faltenunterspritzung untersagt!

Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat mit Beschluss vom 17.01.2014, Az. BVerwG 3 B 48.13 eine Nichtzulassungsbeschwerde einer Zahnärztin gegen ein Urteil des OVG Nordrhein-Westfalen zurückgewiesen. Dieses hatte entschieden, dass die Durchführung von Faltenunterspritzungen nicht von der zahnärztlichen Approbation umfasst sei (OVG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.04.2013, Az. 13 A 1210/11).

Das BVerwG stellt in den Gründen zu seinem Beschluss zweifelsfrei fest, dass die von der klagenden Zahnärztin beabsichtigte Tätigkeit – die Behandlung der Gesichtshaut und der Haut des Halses – eindeutig keine Ausübung der Zahnheilkunde im Sinne des § 1 Abs. 3 ZHG ist. Nur diese ist jedoch von der zahnärztlichen Approbation gedeckt, wie sich aus § 1 Abs. 1 ZHG ergibt. Diese Art von Faltenunterspritzungen in jenen Körperregionen hat nicht den geforderten Behandlungsbezug zum Bereich der Zähne, des Mundes oder der Kiefer. Dem steht – so das BVerwG – auch nicht entgegen, dass für das Bestehen der zahnärztlichen Prüfung auch Kenntnisse auf dem Gebiet der Dermatologie nachzuweisen sind, vgl. §§ 40 Abs. 1 V, 45 ZAprO. Verlangt werden nämlich insoweit nur solche Kenntnisse der Hautkrankheiten, die für die Ausübung der zahnärztlichen Tätigkeit erforderlich sind. Dies ist bei der Faltenunterspritzung der Gesichtshaut und der Haut des Halses zweifelsfrei nicht gegeben.

Somit steht fest, dass eine Unterspritzung von Falten an der Gesichtshaut und der Haut des Halses nicht von Zahnärzten durchgeführt werden darf. Etwas Anderes – dies konnte das BVerwG in dem zu entscheidenden Fall offenlassen – kann nur dann gelten, sofern der Zahnarzt zusätzlich über eine ärztliche Approbation oder eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz verfügt.

Zumindest solange dies nicht der Fall ist, kann jeder Zahnarzt nur davor gewarnt werden, solche Behandlungen durchzuführen. Werden diese Behandlungen ohne die erforderliche Erlaubnis durchgeführt, kommen sogar strafrechtliche Sanktionen wegen Ausübung der Heilkunde ohne die erforderliche Erlaubnis in Betracht.



Positionspapier der Kassennärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zum Koalitionsvertrag – Änderungen im Zulassungsrecht?

Die Große Koalition hat in ihrem Koalitionsvertrag einige geplante Neuregelungen vorgestellt, die sie in dieser Legislaturperiode umsetzen will. Die KBV hat sich mit ihrem Positionspapier – zu finden unter www.kbv.de - zu den Absichten der Regierung geäußert und Position hierzu bezogen.

Es sollen kurz einige wesentliche Eckpunkte dieses Positionspapiers dargestellt werden, die möglicherweise auch im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens an Bedeutung gewinnen können. Hierbei soll insbesondere auf Vorschläge eingegangen werden, die das vertragsärztliche Zulassungsrecht betreffen.

Soweit es nach dem Koalitionsvertrag Krankenhäusern ermöglicht werden soll, in unterversorgten Gebieten an der ambulanten Versorgung teilzunehmen, lehnt die KBV diesen Vorschlag ab. Die Möglichkeit für Kliniken, in unterversorgten Gebieten Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen, und auf diese Weise an der ambulanten Versorgung teilzunehmen, reiche aus. Die KBV geht jedoch noch einen Schritt weiter: Sie hält es für erforderlich, dass die Zulassung von MVZ in Trägerschaft von zugelassenen Krankenhäusern stark eingeschränkt wird. Sie fordert, dass solche MVZ nur noch in unterversorgten Regionen zugelassen werden dürfen und nur dann zulässig sind, wenn dort grundversorgende Fächer eingebunden sind. Die KBV hält sich bedeckt, welche Fächer grundversorgend sind. Es ist zu vermuten, dass hiermit die Fachgebiete gemeint sind, die der hausärztlichen Versorgung und der allgemeinen fachärztlichen Versorgung im Rahmen der Bedarfsplanung gemäß § 5 Abs. 1 BedPlRiLi zuzuordnen sind. Die KBV stützt diese Forderung an den Gesetzgeber darauf, dass angeblich diese MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses nicht die Versorgung in überversorgten Gebieten verbessern würden, sondern Versorgungskapazitäten verloren gingen. Es sei mitunter ein dramatischer Kapazitätsrückgang festzustellen, da eine Personal- und Standortpolitik stets Konzerninteressen folge und nicht einem medizinischen Versorgungsbedarf. Ob der Gesetzgeber diese Forderung der KBV übernimmt, wird abzuwarten bleiben. Soweit die „Standortpolitik“ eines MVZ in Frage gestellt wird, muss jedoch berücksichtigt werden, dass der Gesetzgeber bereits jetzt den Zulassungsausschüssen die erforderlichen gesetzlichen Möglichkeiten eingeräumt hat, die Verlegung von Sitzen in ein MVZ an einem anderen Standort zu verweigern. Schließlich ergibt sich aus § 103 Abs. 4a SGB V bereits jetzt, dass einem MVZ die Genehmigung der Anstellung eines Vertragsarztes, der zum Zweck der Anstellung auf seine Zulassung verzichtet, verweigert werden kann, wenn Gründe der Versorgung dem entgegen stehen. Wird also ein Sitz innerhalb eines Planungsbereiches an einen anderen Standort verlegt, obwohl dieser am bisherigen Standort zur Aufrechterhaltung der Versorgung benötigt wird, kann bereits jetzt die Genehmigung verweigert werden. Aus dieser Perspektive ist die Einschränkung der Gründungsmöglichkeiten von MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses nicht erforderlich.

Soweit der Gesetzgeber plant, die Bildung von arztgruppengleichen MVZ zu ermöglichen und damit – wie bislang in § 95 Abs. 1 SGB V vorgesehen – die fachgebietsübergreifende Tätigkeit als Gründungsvoraussetzung abzuschaffen, unterstützt die KBV dieses Vorhaben. Sie stellt dies jedoch unter den Vorbehalt, dass die berufsrechtlich zulässigen Kooperationsformen für die MVZ-Gründung unter Ausschluss einer die Freiberuflichkeit gefährdenden Fremdkapitalisierung bestehen bleiben. Ob diese Gesetzesänderung tatsächlich in Kraft treten wird und wie letztlich dann die neuen Gründungsvoraussetzungen aussehen sollen, insbesondere welche Anzahl von fachgebietsgleichen Ärzten in das MVZ integriert sein müssen, um die Anforderungen an das Vorhandensein eines Zentrums zu erfüllen, wird abzuwarten bleiben.

Mit dem GKV-VStG ist die Regelung des § 103 Abs. 3a SGB V am 01.01.2013 in Kraft getreten. Hiernach kann der Zulassungsausschuss die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes ablehnen, wenn dieser aus Versorgungsgründen nicht mehr erforderlich ist. Geschieht dies, ist ein Nachbesetzungsverfahren für einen Vertragsarztsitz nicht durchzuführen. Der Vertragsarzt, der dieses Nachbesetzungsverfahren initiieren will, erhält dann von der Kassenärztlichen Vereinigung eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswerts seiner Praxis. Diese Entscheidung steht bislang im Ermessen des Zulassungsausschusses. Der Koalitionsvertrag sieht nunmehr vor, dass eine Ablehnung des Nachbesetzungsverfahrens nicht mehr erfolgen kann, sondern diese erfolgen soll, wenn der Vertragsarztsitz aus Versorgungsgründen nicht mehr erforderlich ist. Eine „Soll-Vorschrift“ führt zu einem sog. gebundenen Ermessen. Dies bedeutet, dass der hieraus resultierende „Aufkauf von Arztsitzen“ regelmäßig zu erfolgen hat, sofern nicht ein besonderer Ausnahmefall vorliegt, der die Ausschreibung des Sitzes zum Zweck der Nachbesetzung gleichwohl rechtfertigt. Die KBV lehnt diese Regelung ab, weil – und insoweit ist ihr beizupflichten (vgl. auch Bonvie/Gerds: Rechtsprobleme bei der Anwendung des § 103 Abs. 3a SGB V in ZMGR 2013, 67-74) – die Feststellung der erforderlichen Überversorgung kaum präzise möglich sei und auch eine rechtssichere Ausgestaltung einer realistischen Entschädigungslösung bislang nicht geregelt sei. Zudem sei die Regelung deswegen insgesamt zu kritisieren, weil sie sich ausschließlich auf den „Aufkauf von Praxissitzen“ selbstständig tätiger Ärzte beziehe, diese Möglichkeit jedoch nicht vorgesehen sei, wenn ein Arzt zum Zweck der Anstellung bei einem MVZ (§ 103 Abs. 4a SGB V) oder bei einem anderen Vertragsarzt (§ 103 Abs. 4b SGB V) verzichtet. Die KBV wittert hierin die Absicht, unabhängige Arztpraxis zugunsten von MVZ abzuschaffen.

Die KBV nimmt noch zu einer Vielzahl anderer gesundheitspolitischer Pläne der Großen Koalition Stellung – wie z.B. zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen, zur Ambulanten spezialärztlichen Versorgung als Modell für eine sektorenübergreifende Versorgung oder zum Vorschlag, starre Zwangsregelungen zur Reduzierung von Wartezeiten auf Facharzttermine.

Es wird abzuwarten bleiben, welche Pläne aus dem Koalitionsvertrag der Gesetzgeber tatsächlich umsetzen wird, in welcher Form dies geschehen wird und inwieweit die Vorstellungen der KBV hierbei Einzug in die neuen Regelungen finden werden. Wir werden das Gesetzgebungsverfahren weiter beobachten und hierüber berichten.

[zurück](#)

CausaConcilio Koch & Partner mbB Rechtsanwälte . Notare
PartR6 – AG Kiel - Ust-IdNr. DE 134833394

vertretungsberechtigte Gesellschafter:

Dr. Horst Bonvie, Christian Gerdts, Stephan Gierthmühlen, Dr. Paul Harneit, Sven Hennings,
Dr. Hans-Jürgen Kickler, Dr. Steffen Kraus, Andreas Kühnelt, Joachim Poetsch, Axel Riefling,
Dr. Thomas Scharafat, Frank Schramm, Dr. Dirk Unrau

Sitz der Gesellschaft: Deliusstraße 16, 24114 Kiel

Sitz der Notare: Kiel

KIEL

Bei den Gerichten · Deliusstraße 16 · 24114 Kiel

Postfach 28 69 · 24027 Kiel

Telefon 0431/6701-0 · Telefax 0431/6701-599

kiel@cc-recht.de

HAMBURG

Kaiser-Wilhelm-Straße 93 · 20355 Hamburg

Telefon 040/355372-0 · Telefax 040/355372-19

hamburg@cc-recht.de