

Von der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Zulassungsentscheidung Neue Zuständigkeiten und Befugnisse

Dr. R. Hess

Abstract:

1. Durch die mit § 99 SGB V idF GKV-VStG zum 1. 1. 2012 eingeführte „Regionalisierung“ der Bedarfsplanung ist der Verfahrens- und Entscheidungsweg von der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Zulassungsentscheidung länger und komplexer geworden. Die Beratung der Bedarfspläne einer KÄV nicht nur mit den Verbänden der Krankenkassen sondern im Landesausschuss Ärzte/KK nach § 99 Abs. 3 unter Berücksichtigung von Stellungnahmen der für die Sozialversicherung zuständigen Landesbehörden und (mWv 26. 2. 2013; PatRechteG)der auf Landesebene für die Wahrnehmung der Patienteninteressen maßgeblichen Organisationen nach § 99 Abs. 1 S. 4, sowie ggf. der vom Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a Abs. 2 SGB V abgegebenen Empfehlungen dienen jetzt dazu, die Notwendigkeit einer Abweichung von der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA zu prüfen und ggf. mit Begründung entsprechende Änderungen in den Bedarfsplan aufzunehmen. § 13 Abs. 1, 2 Ärzte-ZV erweitert die Anhörungspflicht auf andere Träger der Krankenversicherung (PKV)und kommunale Verbände und verpflichtet zur Unterrichtung anderer Sozialversicherungsträger (UV, RV) und der Krankenhausgesellschaften mit der Möglichkeit der Zuziehung.

2. Die Begründung zum GKV-VStG (BT-Drs. 17/6909 zu § 99) weist ausdrücklich darauf hin, dass diese Regionalisierung der Bedarfsplanung ausschließlich in der Verantwortung der genannten regionalen Institutionen liegt: „eine Ermächtigung des G-BA, in der BPL-RL die Voraussetzungen für das Vorliegen regionaler Besonderheiten zu regeln, besteht nicht.“ Deswegen beschränkt sich die BPL-RL darauf, in § 2 über die in § 99 Abs. 1 S. 3 genannten Parameter (Demographie und Morbidität) weitere denkbare Faktoren für eine regionale Abweichung zu benennen, ohne die Kriterien für ihre Anwendung regeln zu können. Lediglich der Demographiefaktor ist, aus der vorherigen Richtlinie übernommen, in §9 und Anlage 4 BPI-RL zur grundsätzlichen Anpassung der Verhältniszahlen an die demographische Entwicklung bundeseinheitlich vorgegeben.

2. Die Entscheidungszuständigkeit der KÄV im Einvernehmen mit den KK-Verbänden und ErsK über den Bedarfsplan bleibt erhalten und umfasst auch die Anpassung des Bedarfsplans an regionale Besonderheiten (§ 99 Abs. 1 S. 3). Vergleichbar dem Verfahren zur Richtlinienbeschlussfassung nach § 94 SGB V regelt § 99 Abs. 1 S. 5 – 7 und § 13 Abs. 3 Ärzte-ZV eine Vorlagepflicht des aufgestellten und ggf angepassten Bedarfsplans an die für die Sozialversicherung oberste Landesbehörde, ein Nichtbeanstandungsverfahren und eine Veröffentlichungspflicht.

3. Bei fehlendem Einvernehmen mit den KKVerb und ErsK über den Bedarfsplan und ggf. dessen Anpassung an regionale Besonderheiten, geht nach Anrufung durch einen der Beteiligten die Entscheidungszuständigkeit aber auf den Landesausschuss Ärzte/KK über (§ 99 Abs. 2 S. 1 ; § 14 Ärzte-ZV). Nach der Begründung soll den Beteiligten auch der Klageweg offenstehen, wenn keiner von ihnen den Landesausschuss anruft (BT-Drs. 17/6909). Es stellt sich allerdings die Frage, ob nicht in diesem Fall die oberste Landesbehörde die Möglichkeit hat, eine Entscheidung des Landesausschusses zu veranlassen, der Wortlaut von § 14 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV spricht dagegen..

4. Für das Verfahren vor dem Landesausschuss Ärzte/KK gelten vergleichbare Anhörungs- und Unterrichtungspflichten (§ 14 Abs. 1 S. 3 Ärzte-ZV). Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde ist an den Beratungen zu beteiligen (§ 14 Abs. 2 S. 1 Ärzte-ZV). Ihr ist nach

Beschlussfassung aber im Rahmen der Rechtsaufsicht auch der Bedarfsplan zur Überprüfung vorzulegen (§ 14 Abs. 2 S. 2 Ärzte-ZV; § 90 Abs. 6 S. 1 SGB V). § 90 Abs. 6 S. 1 gibt der obersten Landesbehörde ein Beanstandungsrecht, das bei seiner Ausübung die in § 94 Abs. 1 S. 3-5 SGB V enthaltenen Aufsichtsmaßnahmen vorsieht (§ 90 Abs. 6 S. 3; § 14 Abs. 2 S. 2 Ärzte-ZV)

5. Der Bedarfsplan als solcher enthält tatbestandliche Feststellungen (§ 12 Abs. 1 Ärzte-ZV: Übersicht über den Stand der Versorgung, § 4 BPL-RL: Stand und den Bedarf an ärztlicher Versorgung darstellen). Dadurch unterscheidet er sich von einem Krankenhausplan oder einem Bebauungsplan, der normative Vorgaben für die Aufnahme von Krankenhäusern oder die Zulässigkeit einer Bebauung stellt. Die in § 99 Abs. 1 S. 4 der KÄV im Einvernehmen mit den KK-Verb und ErsK oder bei Nichteinigung und Anrufung dem Landesausschuss Ärzte/KK eröffnete Abweichung von der BPL-RL des G-BA kann jedoch nur normativ erfolgen. Soweit die Vertragspartner oder der Landesausschuss im Bedarfsplan regionale Faktoren nach § 2 S. 2 BPL-RL berücksichtigen, geht der Bedarfsplan daher mit seiner Darstellung nach § 12 Abs. 3 Ärzte-ZV in die Verbindlichkeit der Bedarfsplanungsrichtlinie ein (§§ 2 S. 3, 3 Abs. 2 BPL-RL). Die Bedarfsplanungsrichtlinie und der aufgestellte bzw. angepasste Bedarfsplan bilden die normative Vorgabe für den Landesausschuss zur Feststellung vom Über- oder Unterversorgung

6. Ausschließlich der Landesausschuss Ärzte/KK beschließt über die sich unter Anwendung der Bedarfsplanungsrichtlinien des G-BA und ggf. abweichender regionaler Festlegungen über den allgemeinen Versorgungsgrad in einer Planungsregion (Abschnitt 5 BPL-RL) und in daraus folgender Konsequenz über das Bestehen einer Unterversorgung, eines lokalen Versorgungsbedarfs oder einer Überversorgung (Abschnitt 6, 7 BPL-RL). Ausschließlich er legt die Planungsbereiche fest für die auf dieser Grundlage Zulassungsbeschränkungen anzuordnen sind (§ 104 Abs. 1, 2 SGB V iVm § 16, 16b Ärzte-ZV). Seine entsprechenden Anordnungen sind für die Zulassungsausschüsse verbindlich. Ihnen stehen keine Rechtsmittel gegen die Entscheidungen des Landesausschusses zu.

7. Die Zulassungsausschüsse haben bei der Feststellung einer Unterversorgung nach § 16 Ärzte-ZV die Möglichkeit von Ausnahmeentscheidungen in Härtefällen. Bei Feststellung einer Überversorgung nach § 16b Ärzte-ZV entscheiden sie nach Abschnitt 8 BPL-RL über das Vorliegen der Voraussetzungen eines lokalen oder qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs, eines Aufkaufes eines Vertragsarztsitzes mit dem Ziel der Beendigung der dafür erteilten Zulassung oder deren Neuerteilung an einen Praxisnachfolger.

8. Bewertung:

1. Die Regionalisierung der Bedarfsplanung berücksichtigt die konkrete Versorgungssituation in einer KÄV und einem Planungsbereich besser als die stringente Anwendung der G-BA RL;
2. Fehlende bundeseinheitliche Kriterien für die Anwendung der in § 2 Bed-RL genannten Faktoren und die Berücksichtigung einer Vielzahl von Stellungnahmen können allerdings zu nicht begründbaren Unterschieden in der Versorgungsqualität führen;
3. Die Einflussnahmemöglichkeit der Länder auf die vertragsärztliche Bedarfsplanung ist trotz einer Begrenzung auf die Rechtsaufsicht groß und droht zu einer landesspezifischen Ausrichtung der Bedarfsplanung zu führen.

Von der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Zulassungsentscheidung

Neue Zuständigkeiten und Befugnisse

Dr. Hess

Bisherige Rechtslage:

1. Bedarf-RL – Verhältniszahlen - Bedarfsplan
2. Prüfung und Entscheidung Landesausschuss, ob Überversorgung oder Unterversorgung
3. Bindung des Zulassungsausschusses an die betreffende Feststellung
4. Ggf. Berücksichtigung eines Sonderbedarfs, job-sharing oder Praxisübernahme

Grundsätzliche Änderungen:

1. Bedarfsplanungs-RL –Verhältniszahlen - Prüfung regionaler Besonderheiten –Bedarfsplan
2. Beratung- und ggf. Entscheidung des Landesausschusses über den Bedarfsplan
3. Erweiterung von Anhörungspflichten
4. Stärkung der Position der Länder
5. Berücksichtigung regionaler Faktoren (§ 2 BPL-RL) vor Prüfung eines Sonderbedarfs oder lokalen Versorgungsbedarfs bei der Zulassungsentscheidung

Rechtliche Einordnung des Bedarfsplans:

1. Tatbestandsfeststellung (§ 12 Abs. 1 Ärzte-ZV: Übersicht über den Stand der Versorgung, § 4 BPL-RL: Stand und den Bedarf an ärztlicher Versorgung darstellen) oder normative Vorgabe (§ 99 Abs. 2, 3, § 90 Abs. 6, § 94 SGB V);
2. Soweit die Vertragspartner oder der Landesausschuss im Bedarfsplan regionale Faktoren nach § 2 S. 2 BPL-RL berücksichtigen, geht der Bedarfsplan mit seiner Darstellung nach § 12 Abs. 3 Ärzte-ZV in die Verbindlichkeit der Bedarfsplanungsrichtlinie ein (§§ 2 S. 3, 3 Abs. 2 BPL-RL).
3. Die Bedarfsplanungsrichtlinie und der aufgestellte bzw angepasste Bedarfsplan bildet die normative Vorgabe für den Landesausschuss zur Feststellung vom Über- oder Unterversorgung;

Von der RL zum VA

Konkreter Ablaufplan: (unstrittiges Verfahren)

1. Bedarfsplanungsrichtlinie – Verhältniszahlen
2. Aufstellung eines Bedarfsplanes durch die Vertragspartner ggf. unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten gem. § 2 Bed-RL.
3. Einholung von Stellungnahmen der Landesbehörde, der regionalen PatientenVertr., Organisationen nach § 13 Abs.1, 2 Ärzte-ZV, ggf. gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V.
4. Beschlussfassung der KÄV im Einvernehmen mit den KKVerb/ErsK
5. Zuleitung an den Landesausschuss zunächst zur Beratung
6. Vorlage an oberste Landesbehörde als Rechtsausicht; Beanstandungsfrist zwei Monate;
7. Keine Beanstandung + Veröffentlichung (?): § 3 Abs. 2 Bed-RL: Verbindlichkeit gegenüber Landesausschuss und Zulassungsausschüssen (§ 104 SGB V iVm § 13 Ärzte-ZV).

Von der RL zum VA

Strittiges Verfahren: kein Einvernehmen der Vertragspartner bei der Aufstellung des Bedarfsplans oder Beanstandung durch die oberste Landesbehörde

1. Anrufung des Landesausschusses
2. Beteiligung der obersten Landesbehörde (§ 14 Abs. 2 S. 1 Ärzte-ZV)
3. Anhörungspflichten des Landesausschusses (§ 14 Abs. 1 S. 3 Ärzte-ZV)
4. Vorlage der Entscheidung über den Bedarfsplan an die oberste Landesbehörde (§ 14 Abs. 2 S. 2 Ärzte-ZV)
5. Keine Beanstandung: Veröffentlichung;
6. Beanstandung: Auflagen, Beanstandung mit Begründung, Ersatzvornahme (§ 14 Abs. 2 S. 2. 3 Ärzte-ZV).
7. Aufschiebende Wirkung von Klagen: BPL-RL des G-BA bleibt verbindlich

Von der RL zum VA

Landesausschuss – Zulassungsausschuss:

1. Rechtskräftig vereinbarter, beschlossener oder im Wege der Ersatzvornahme festgesetzter Bedarfsplan.
2. Darauf basierend: Entscheidung des Landesausschusses zum allg. Versorgungsgrad (5. Abschn.) über Unter- oder Überversorgung (6./7. Abschnitt BPL-RL)
3. Unterversorgung: Fristsetzung gegenüber KÄV, Anordnung bzw. Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen
Zulassungsausschuss: Härtefallentscheidung
4. Überversorgung: Anordnung bzw. Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen, verbleibende Zuständigkeit des Zulassungsausschusses, 8. Abschn. BPL-RL: Sonderbedarf, lokaler Versorgungsbedarf, §§ 103/105 SGB V: Aufkauf einer Praxis (Zulassung), Zulassung an Praxisübernehmer

Von der RL zum VA

Bewertung:

1. Die Regionalisierung der Bedarfsplanung berücksichtigt die konkrete Versorgungssituation in einer KÄV und einem Planungsbereich besser als die stringente Anwendung der G-BA RL;
2. Fehlende bundeseinheitliche Kriterien für die Anwendung der in § 2 Bed-RL genannten Faktoren und die Berücksichtigung einer Vielzahl von Stellungnahmen können allerdings zu nicht begründbaren Unterschieden in der Versorgungsqualität führen;
3. Die Einflussnahmemöglichkeit der Länder auf die vertragsärztliche Bedarfsplanung ist trotz einer Begrenzung auf die Rechtsaufsicht groß und droht zu einer landesspezifischen Ausrichtung der Bedarfsplanung zu führen.