

Peters

Handbuch der Krankenversicherung

Teil II – Sozialgesetzbuch V

Kommentar zum Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs

Begründet von

Dr. Horst Peters † Präsident des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen aD

fortgeführt und herausgegeben seit der 80. Lieferung von

Dr. Ruth Düring Richterin am BSG
Dr. Hermann Frehse Vors. Richter am LSG NRW
Prof. Dr. Ernst Hauck Vors. Richter am BSG

unter Mitarbeit von

Wilhelm Berstermann	Vizepräsident des LSG NRW aD
André Bohmeier	Rechtsanwalt, Bochum
Ralf Bregenhorn-Wendland	Rechtsanwalt, FA für Sozialrecht, Bochum
Prof. Dr. Thomas Clemens	Richter am BSG aD, Honorarprofessor der Jur. Fakultät der Universität Tübingen
Pablo Coseriu	Richter am BSG
Dr. Udo Degener-Hencke	Ministerialrat aD, BMG
Dr. Ulrich Freudenberg	Vors. Richter am LSG NRW
Dr. Ulrich Hencke †	Justiziar der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein aD
Dr. Tim Husemann	Akademischer Rat aZ, Ruhr-Universität Bochum
Hans-Peter Jung	Vors. Richter am LSG NRW
Detlef Kerber	Vizepräsident des SG Düsseldorf
Ulrich Knispel	Vors. Richter am LSG NRW
Dr. Miriam Meßling	Richterin am BSG
Dr. Andreas Penner	Rechtsanwalt, Düsseldorf
Dr. Matthias Röhl	Richter am BSG
Dr. Karl Josef Schäfer	Präsident des SG Düsseldorf aD
Rudi Schmidt (Gesamtredaktion) †	Vors. Richter am LSG NRW aD
Dr. Tobias Scholl-Eickmann	Rechtsanwalt, FA Medizinrecht, Dortmund
Dr. Thomas Sommer	Vors. Richter am LSG NRW
Prof. Dr. Volker Warendorf	Vors. Richter am LSG aD
Dr. Ursula Waßer	Richterin am BSG
Silke Weselski	Richterin am LSG SH
Dr. Britta Wiegand	Richterin am SG, Wissenschaftl. Mitarbeiterin am BSG

Band 1

19. Auflage (einschließlich 86. Ergänzungslieferung,
Stand: Mai 2017)

Verlag W. Kohlhammer

Zitiervorschlag:

Waßer in Peters, Handb KV II SGB V § 33 Rz 59

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtwerk: ISBN 978-3-17-018018-5

Bearbeiter

Seit der 80. Lieferung sind die Kommentierungen wie folgt verteilt:

Bohmeier	§§ 294 bis 298, §§ 303a bis 305b
Bregenhorn-Wendland	§§ 118a bis 120
Prof. Dr. Clemens	§ 65c
Coseriu	§§ 129a bis 131
Dr. Degener-Hencke	§§ 69 bis 71, §§ 85a bis 85d, §§ 91 bis 94, §§ 107 bis 115c, § 116b, §§ 121, 122
Dr. Düring	Abkürzungsverzeichnis, Gesetzestext, §§ 81, 82 bis 85, 87 bis 87c, 87d n. F. bis 90a, 106, 106a, 116, 277 bis 283
Dr. Frehse	Vor § 10 bis § 11, §§ 28, 29, 37 bis 37b, 55 bis 57, Vor § 72 bis § 76, §§ 95 bis 98, 118, 121a
Dr. Freudenberg	§§ 44, 45 bis 51
Prof. Dr. Hauck	Vor § 1 bis § 4a, §§ 12 bis 19, Vor § 27 bis § 27a, §§ 31, 34 bis 36, 52, 52a, Vor § 63 bis § 64, § 65, §§ 66 bis 68, Vor § 220 bis § 221, §§ 222 bis 225, Vor § 275 bis § 276
Dr. Husemann	§§ 132 bis 134a, 284 bis 287
Jung	§§ 135, 137f bis 139d, Vor §§ 140a ff bis § 140h
Kerber	§§ 81a, 197a
Knispel	Vor §§ 24a, 24b bis § 24b, Vor § 25 bis § 26, §§ 53, 54, 65a, 124 bis 129, Vor § 143 bis § 153, §§ 155 bis 164, 166 bis 168a, 170 bis 172, Vor § 194 bis § 197, Vor § 198 bis § 203, § 204 bis 217, §§ 218 bis 219d, §§ 241 bis 258. RVO: Vor § 349 bis § 362, Vor § 407, §§ 407, 409, 411 bis 413, 414b
Dr. Meßling	§§ 24c bis 24i
Dr. Penner	§§ 135a bis 136a, 137 bis 137d
Dr. Röhl	Vor § 20 bis § 24, §§ 226 bis 233
Dr. Scholl-Eickmann	§§ 77 bis 80
Dr. Sommer	§§ 5 bis 9, Vor § 173 bis § 175, §§ 186 bis 193
Prof. Dr. Warendorf	§§ 99 bis 101, 103 bis 105, 116a
Dr. Waßer	§ 33
Weselski	Vor § 220 bis § 225
Dr. Wiegand	§§ 60 bis 62, 64a, 64b, 316 bis 321

Bearbeiterverzeichnis

Bearbeitung

bis zur 79. Lieferung durch: Wilhelm Berstermann, Prof. Dr. Ernst Hauck, Dr. Ulrich Hencke, Ulrich Knispel, Prof. Dr. Wolfgang Meyer, Dr. Karl-Josef Schäfer, Rudi Schmidt (Gesamtredaktion), Dr. Thomas Sommer

bis zur 28. Lieferung durch: Dr. Horst Peters, Georg Mengert (Mitherausgeber), Dr. Ernst Hauck, Dr. Ulrich Hencke, Dr. Wolfgang Meyer, Rudi Schmidt

§ 100 Unterversorgung

(1) Den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen obliegt die Feststellung, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht; die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung der Unterversorgung nicht zu berücksichtigen. Sie haben den für die betroffenen Gebiete zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen eine angemessene Frist zur Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung einzuräumen.

(2) Konnte durch Maßnahmen einer Kassenärztlichen Vereinigung oder durch anders geeignete Maßnahmen die Sicherstellung nicht gewährleistet werden und dauert die Unterversorgung auch nach Ablauf der Frist an, haben die Landesausschüsse mit verbindlicher Wirkung für die Zulassungsausschüsse nach deren Anhörung Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten nach den Zulassungsverordnungen anzuordnen.

(3) Den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen obliegt nach Maßgabe der Richtlinien nach § 101 Abs. 1 Nr. 3a die Feststellung, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht.

(4) Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 gelten nicht für Zahnärzte.

Übersicht	Rn.
I. Textgeschichte	1–3
II. Inhalt der Vorschrift	4, 5
III. Feststellung der Unterversorgung	6–14
1. Verfahren	6–8
2. Unterversorgung	9–14
IV. Ermächtigte Ärzte (Abs 1 Satz 1 2. Halbs)	15
V. Maßnahmen der KÄV (Abs 1 Satz 2)	16–18
VI. Anordnung von Zulassungsbeschränkungen – nur für Vertrags- ärzte – (Abs 2)	19–24
VII. Kollektiver Verzicht auf Zulassung	25
VIII. Feststellung eines lokalen Sonderbedarfs in einem nicht unterversorg- ten Planungsbereich (Abs 3)	26–29
IX. Keine Geltung des Absatzes 1 Satz 2 und des Absatzes 2 für Ver- tragszahnärzte (Abs 4)	30
X. Literatur	31

I. Textgeschichte

Die mWv 1.1.1989 durch das GRG vom 20.12.1988 (BGBl I 2477) eingeführte Vorschrift entspr inhaltlich dem RVO § 368r Abs 2 und 3 idF des KVVWG v 28.12.1976 (BGBl I 3871). Sie regelt die Feststellung und **Rechtsfolgen der Unterversorgung**. Dabei werden die KVen angehalten, vor Beschränkung der Zulassungsfreiheit andere Mittel der Sicherstellung auszu-schöpfen; Zulassungsbeschränkungen dürfen nur das „letzte Mittel“ zur

Beseitigung von Unterversorgungssituationen sein (BT-Drucks 7/3336, 7/5365 S 7, 7/5611 und 7/5653).

- 2 Mit Art 1 Nr 7 des Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (**Vertragsarztrechtsänderungsgesetz-VÄndG**) v 22.12.2006 (BGBl I 3439, 3449) wurde § 100 auf der Grundlage des GesEntw der BReg (BT-Drucks 16/2474, S 8) mWv 1.1.2007 (Art 8 Abs 1, BGBl I 3439, 3449) um einen Abs 3 erweitert. Diese Vorschrift verpflichtet die Landesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte u KKn, einen ggf in einem nicht unterversorgten Planungsbereich bestehenden lokalen Versorgungsbedarf nach den Vorgaben des § 101 Abs 1 Nr 3a nF förmlich durch Beschluss festzustellen. Damit soll ua die Möglichkeit eröffnet werden, dass auch in solchen Fällen Sicherstellungszuschläge gem § 105 Abs 1 Satz 1 zweiter Halbsatz nF gewährt werden dürfen (vgl zur Begr der Ergänzung auch BT-Drucks 16/2474, S 23).
- 3 Mit Art 1 Nr 67 des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (**GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG**) v 26.3.2007 (BGBl I 378, 403 f) sind mWv 1.4.2007 (Art 46 Abs 1, BGBl I 471) in Abs 1 Satz 1 nach den Wörtern „obliegt die“ die Wörter „als Voraussetzung für Zulassungsbeschränkungen notwendige“ gestrichen worden. Diese Korrektur steht im Kontext zum ebenfalls mit dem GKV-WSG neu in die Vorschrift eingefügten Abs 4, der sowohl die Aufforderung an die Organisationen der Selbstverwaltung zur Ergreifung von Maßnahmen zwecks Abwendung einer drohenden Unterversorgung (Abs 1 Satz 2) als auch die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen für den vertragszahn-ärztl Bereich (Abs 2) ausschließt. Auf Vorschlag des 14. BT-Ausschuss (BT-Drucks 16/4200) wurde in Abs 1 Satz 1 außerdem das Wort „unmittelbar“ durch die Wörter „in absehbarer Zeit“ ersetzt, um die Anforderungen an die Feststellung einer noch nicht eingetretenen Unterversorgung zu verringern und der Selbstverwaltung insoweit mehr Gestaltungsspielraum zu belassen (vgl BT-Drucks 16/4247, S 45). Mit Art 1 Nr 42 des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (**GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG**) v 16.7.2015 (BGBl I 1211, 1224) ist der zweite Halbsatz eingefügt worden, gültig ab 23.7.2015.

II. Inhalt der Vorschrift

- 4 § 100 ist ein **Steuerungselement** im ärztlichen Planungsrecht, dass die niederlassungswilligen Ärzte dazu anhält, sich in unterversorgten Planungsbereichen niederzulassen. Hierin unterscheiden sich Ärzte von anderen Freiberuflern, weil es im ärztlichen Planungsrecht nicht nur um eine Niederlassung eines klassischen Freiberuflers geht, sondern auch um die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für die Versicherten in der hochgradig durchregulierten GKV (so zutreffend *Geiger*, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 100 Rz 13; zur Bedarfsplanung allgemein *Frehse*, in: HK-AKM, Bedarfsplanung Rz 1 ff; zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens *ders*, in: Schnapp/Wigge, § 5 C Rz 1 und Rz 24).

Die Vorschrift regelt das Tätigwerden bei bestehender oder drohender Unterversorgung (*Berner*, in: Eichenhofer/Wenner, SGB V, § 100 Rz 1). Sie wendet sich auch an die KVen, die ihren gesetzlichen Auftrag zur Verbesserung der vertragsärztl oder vertragszahnärztl Versorgung zu erfüllen haben. Die Feststellung einer eingetretenen oder in absehbarer Zeit im vertragsärztl u/ oder im vertragszahnärztl Bereich drohenden Unterversorgung obliegt den **Landesausschüssen**. Nach dem bis zum 31.3.2007 geltenden Recht durften die Landesausschüsse bei einer nur drohenden Unterversorgung eine solche förmliche Feststellung lediglich dann treffen, wenn diese **unmittelbar** bevorstand. Um diese strenge Voraussetzung abzumildern und damit den „Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung“ zu erhöhen (vgl Begr des 14. BT-Ausschuss in BT-Drucks 16/4247, S 45), reicht es für die förmliche Feststellung der Unterversorgung sowohl im vertragsärztl als auch im vertragszahnärztl Bereich vom 1.4.2007 an aus, dass eine Unterversorgung „**in absehbarer Zeit**“ droht; eine noch **ungewisse bloße Möglichkeit des Eintritts** einer Unterversorgung in nicht konkret absehbarer Zukunft genügt jedoch nicht. Näheres ist in den Zulassungsverordnungen geregelt.

5

III. Feststellung der Unterversorgung

1. Verfahren

Liegt nach § 29 Bedarfsplanungs-Richtl-Ärzte (BedarfsplRL-Ä) eine Unterversorgung vor oder droht sie, so ist gem § 30 BedarfsplRL-Ä auf Veranlassung der KVen oder KKen eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der ärztlichen Versorgung anhand der im Planungsbereich enthaltenen Versorgungsdaten vorzunehmen (vertiefend *Frehse*, in: HK-AKM, Bedarfsplanung Rz 276). Das Ergebnis der Prüfung nach den §§ 30 bis 31 BedarfsplRL-Ä ist dem Landesausschuss mitzuteilen (§ 32 BedarfsplRL-Ä).

6

Zuständig für die Entscheidung für die Benennung einer Frist zur Beseitigung der Unterversorgung sind die Landesausschüsse.

7

Die Prüfung durch die Landesausschüsse erfolgt von **Amts wegen** (§ 100 Abs 1 Satz 1). Sie haben spätestens jeweils nach sechs Monaten zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Anordnung der Zulassungsbeschränkungen noch fortbestehen (§ 16 Abs 6 Ärzte-ZV/ZÄ-ZV). § 10 BedarfsplRL-Ä verwendet hingegen die Formulierung „angemessene Zeitabstände“, in denen die Überprüfung durch den Landesausschuss vorzunehmen ist.

8

2. Unterversorgung

Der Gesetzgeber definiert den Begriff „Unterversorgung“ selbst nicht (vgl aber BT-Drucks 7/3336, S 47; hierzu auch *Frehse*, in: Schnapp/Wigge, § 5 C Rz 18), sondern überlässt es den Zulassungsverordnungen, die Kriterien für das Vorliegen einer Unterversorgung sowie die Einzelheiten des Verfahrens zu bestimmen (§§ 98 Abs 1, 104 iVm §§ 15 und 16 Ärzte-ZV/ZÄ-ZV), die ihrerseits auf die entspr einheitlichen Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren in den BedarfsplRL-Ä bzw. BedarfsplRL-ZÄ verweisen (§ 16 Abs 1 Ärzte/

9

ZÄ-ZV). Ob eine Unterversorgung besteht, ist anhand der in den BedarfsplRL (Letztfassung v 20.6.2016 bzw 7.9.2016) aufgestellten Parameter zu prüfen. Als **Grundstruktur** werden von § 5 BedarfsplRL-Ä die **Versorgungsebenen** (hausärztliche, allgemein fachärztliche, spezialfachärztliche und gesondert fachärztliche Versorgung) vorgegeben (dazu *Frehse*, in: HK-AKM, Bedarfsplanung Rz 117 ff). Ferner kommt es auf die **Planungsbereiche** an (§ 7 BedarfsplRL-Ä) sowie die **Verhältniszahlen** (§ 8 BedarfsplRL-Ä) an, die auf der Grundlage von § 101 Abs 1 Satz 4 und 5 sowie § 101 Abs 5 für die Hausärzte in Verbindung mit § 101 Abs 2 bestimmt werden (ausführlich *Frehse*, in: HK-AKM, Bedarfsplanung Rz 122–139).

- 10 Eine Unterversorgung liegt nach dem 5. Abschn § 17 ff der BedarfsplRL-Ä und nach § 6 der BedarfsplRL-Ä id Letztfassung vor, wenn der Landesausschuss von Amts wegen geprüft hat, dass in einem Planungsbereich eine ärztliche Unterversorgung besteht oder droht. Die Prüfung ist nach den tatsächlichen Verhältnissen unter Berücksichtigung des Zieles der Sicherstellung und auf der Grundlage des Bedarfsplanes vorzunehmen, die in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Beurteilung einer Unterversorgung vorgesehenen einheitlichen und vergleichbaren Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren sind zu berücksichtigen (§ 16 Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV; hierzu auch BSG, Urt. v 28.6.2000 – B 6 KA 35/99 R, BSGE 86, 242).
- 11 Bestimmte Gebiete sind die einzelnen Planungsbereiche (vgl *Pawlita*, jurisPK-SGB V, § 100 Rz 10). Sie können auch mehrere Planungsbereiche umfassen. Maßgeblich sind § 7 BedarfsplRL-Ä bzw § 3 BedarfsplRL-ZÄ. **Räumliche Grundlage** für die Ermittlungen zum Stand der vertragsärztlichen sowie für die Feststellungen zur Überversorgung oder Unterversorgung ist der Mittelbereich, die kreisfreie Stadt, der Landkreis, die Kreisregion oder die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) bzw. der von einer KV umfasste Bereich (hierzu vertiefend *Frehse*, in: HK-AKM, Bedarfsplanung Rz 122–128).
- 12 Eine Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten liegt vor, wenn in bestimmten Planungsbereichen Vertragsarztsitze, die im Bedarfsplan für eine bedarfsgerechte Versorgung vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwerung in der Inanspruchnahme vertragsärztlichen Leistungen eintritt, die auch durch Ermächtigungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen nicht behoben werden kann (§ 28 BedarfsplRL-Ä).
- 13 Die **Parameter** für die Festlegung der Unter- oder Überversorgung sind den §§ 1 bis 14 der BedarfsplRL-Ä bzw § 4 BedarfsplRL-ZÄ zu entnehmen. Die Festlegung der Verhältniszahlen (vertiefend *Frehse*, in: HK-AKM, Bedarfsplanung Rz 128 ff) ist immer dann ein Kritikpunkt, wenn vermeintliche Defizite in der vertragsärztlichen Versorgung angeführt werden, um die vertragsärztliche Zulassung im Wege des Sonderbedarfs oder als Ermächtigung zu erreichen. Modifikationen können durch den Demografiefaktor erfor-

derlich werden (§ 9 BedarfsplRL-Ä; vertiefend *Frehse*, in: HK-AKM, Bedarfsplanung Rz 133 ff). Das Vorliegen einer Unterversorgung ist im ärztl Bereich anzunehmen (§ 29 BedarfsplRL-Ä), wenn der Stand der hausärztl Versorgung (§ 11) den in den **Planungsblättern** (zu deren Funktion *Frehse*, in: HK-AKM, Bedarfsplanung Rz 48 f) ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 vH bzw denjenigen der fachärztl Versorgung in der allgemeinen fachärztl. Versorgung (§ 12) u in der spezialisierten fachärztl Versorgung (§ 13) jeweils den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 vH unterschreitet. Im zahnärztl Bereich ist eine Unterversorgung dann anzunehmen, wenn der Bedarf den Stand der zahnärztl Versorgung um mehr als 100 vH überschreitet (§ 6 Abs 1 BedarfsplRL-Ä). Eine Unterversorgung droht auch, wenn insbes aufgrund der Altersstruktur der Ärzte/Zahnärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zu den vorigen Kriterien führen würde (BT-Drucks 18/4095, S 112). Mit der Verwendung des Begriffs „anzunehmen“ meint der GBA (s Tragende Gründe S 18), dass die Unterversorgung damit eindeutiger bestimmt ist (s auch *Paulita*, in: jurisPK-SGB V, § 100 Rz 17). Im Fall des § 31 BedarfsplRL-Ä kann trotz des Unterschreitens der Allgemeinen Verhältniszahlen von der Feststellung der Unterversorgung unter bestimmten Bedingungen abgesehen werden.

Für eine dreijährige, inzwischen abgelaufene **Übergangszeit** hatte der GBA gem § 67 BedarfsplRL-Ä dem Landesausschuss auf den gemeinsamen Antrag von KV und KK die Möglichkeit zur Sperrung von Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad zwischen 110 vH und 140 vH bei entsprechend schlechteren Versorgungsgraden von anderen Planungsbereichen für die Arztgruppe der Hausärzte und der allgemeinen fachärztlichen Versorgung eingeräumt, um eine unerwünschte Öffnung von vergleichsweisen gut versorgten Planungsbereichen zu erreichen (*Paulita*, in: jurisPK-SGB V, § 100 Rz 18). Diese **unterschwellige Sperrmöglichkeit** (vgl *Wahrendorf*, VSSR 2015, 241, 256) ist nach Ablauf der Übergangszeit weggefallen. Der GBA muss erneut in eine Regelungsdiskussion einsteigen, auf welche Weise die Versorgung der Patienten in vermeintlich unattraktiven Planungsbereiche mit Hausärzten und allgemeinen Fachärzten planungsrechtlich sichergestellt werden kann.

IV. Ermächtigte Ärzte (Abs 1 Satz 1 2. Halbs)

Die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung der Unterversorgung **nicht zu berücksichtigen**. In der Begründung des GKV-VSG (BT-Drucks 18/4095, S 106) heißt es dazu, dass Ermächtigungen häufig dann erteilt würden, wenn ein ambulanter Versorgungsbedarf durch niedergelassene Leistungserbringer nicht gedeckt werden könne. So sollen die Zulassungsausschüsse zB künftig verpflichtet werden, bei Unterversorgung zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet zu ermächtigen. Folge der Berücksichtigung solcher Ermächtigungen in der Bedarfsplanung könnte sein, dass der Versor-

14

15

ungsgrad über die Unterversorgungsgrenze steige und damit nicht nur die Ermächtigung in Frage gestellt würde, sondern auch viele Sicherstellungsmaßnahmen, die eine Unterversorgung voraussetzten, nicht mehr greifen würden. Um diese nicht gewollten Wirkungen auszuschließen, werde deshalb geregelt, dass die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bei der Feststellung der Unterversorgung nicht zu berücksichtigen seien. Der Gesetzgeber hat auf diese Weise versucht, den vorher aufgetretenen Wertungswiderspruch zwischen dem Vorrang der niedergelassenen Ärzte und den Auswirkungen der Ermächtigung von Ärzten in den Griff zu bekommen (vgl. auch *Berner*, in: Eichenhofer/Wenner, SGB V, § 100 Rz 13; *Frehse*, in: Schnapp/Wigge, § 5 C Rz 20 mwN). Als Folge der gesetzlichen Änderung ist in den Planungsblättern für die ermächtigten Ärzte eine eigene Spalte in die Planungsblätter aufgenommen worden.

V. Maßnahmen der KÄV (Abs 1 Satz 2)

- 16 Die Vorgehensweise der Maßnahmen ist **dreistufig** angelegt (nach *Frehse*, in: Schnapp/Wigge, § 5 C Rz 21: vierstufig). Gelangt der Landesausschuss der Ärzte und KKn nach Beratung zu dem Ergebnis, dass eine Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht (**erste Stufe**), so muss er in einer **zweiten Stufe** der für das Gebiet zuständigen und für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages (§ 75 Abs 1) verantwortlichen KV (für den vertragszahnärztl Bereich gilt dies seit dem 1.4.2007 im Hinblick auf den durch das GKV-WSG neu in die Vorschr eingefügten Abs 4 nicht mehr) eine **angemessene Frist zur Beseitigung oder Abwendung** der Unterversorgung einräumen.
- 17 Bei dem Begriff der „angemessenen Frist“ handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Er wird dadurch bestimmt, wie dringlich die eingetretene Unterversorgung zu beseitigen ist (*Geiger*, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 100 Rz 129). Der Rechtsbegriff wird nur dann richtig ausgefüllt, wenn der KV den jeweiligen Umständen des Einzelfalles entspr ausreichende Zeit belassen wird, die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen (vgl. auch *Frehse*, in: HK-AKM, Bedarfsplanung Rz 277, der unter Hinweis auf *Liebold/Zalewski*, Kassenarztrecht, 11/2007, § 100 Rz C 100-3, davon ausgeht, dass eine Frist von unter sechs Monaten schwerlich angemessen sein wird).
- 18 Die Anforderung kann mit der Empfehlung **bestimmter Maßnahmen** iSd § 105 (zB Gewährung von Umsatzgarantien) verbunden werden (§ 16 Abs 2 Satz 2 Ärzte-ZV/ZÄ-ZV). Der KV ist aus der Komplexität der Bedarfssituation ein planungsspezifischer Beurteilungsspielraum bei der Festlegung der zu ergreifenden Maßnahmen einzuräumen (*Pawlita*, in: jurisPK-SGB V, § 100 Rz 12; *Geiger*, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 100 Rz 13). Der Landesausschuss darf weder auf die gesetzlich vorgeschriebene Fristsetzung verzichten noch vor Ablauf der Frist eine Anordnung gem Abs 2 treffen.

VI. Anordnung von Zulassungsbeschränkungen – nur für Vertragsärzte – (Abs 2)

In einer **dritten Stufe** kann der **Landesausschuss** Zulassungsbeschränkungen **in den anderen Gebieten** anordnen, wenn die Unterversorgung bis zum Ablauf der Frist weder durch Maßnahmen der KV noch durch andere geeignete Maßnahmen behoben werden konnte. Es müssen sich zwingend nicht um solche Dritter handeln. Der Gesetzgeber lässt offen, was er unter „anderen geeigneten Maßnahmen“ versteht. In Betracht kommt insoweit insbes die Erteilung von Ermächtigungen (§ 31 Abs 1 Ärzte-ZV, § 116 iVm § 31a Ärzte-ZV), die nicht der KV, sondern den Zulassungsausschüssen obliegt. Zu denken ist auch an eine Unterstützung der KV bei Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrages durch die Ärztekammer, die KKn und die Kommunen (zB Bereitstellung von Praxisräumen; ausführlich zum Maßnahmeinstrumentarium nach SGB V und Ärzte-ZV s *Frehse*, in: HK-AKM, Bedarfsplanung Rz 277–319).

19

Die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen setzt, wie sich aus dem Gesetzeswortlaut ergibt, den **Eintritt einer Unterversorgung** voraus. Eine nur drohende Unterversorgung erlaubt eine solche Entscheidung nicht. Die Regelung in § 16 Abs 3 Ärzte-ZV, nach der auch eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung Anlass für die Anordnung einer Zulassungsbeschränkung sein kann, ist nicht gesetzeskonform. Der Landesausschuss muss hier den Eintritt der Unterversorgung abwarten, kann jedoch der KV erneut eine angemessene Frist zur Abwendung der drohenden Unterversorgung setzen.

20

Die Zulassungsausschüsse sind an die **Anordnung** des Landesausschusses **gebunden** und müssen daher Anträge auf Zulassungen in dem „gesperrten Gebiet“ – vorbehaltlich des Vorliegens eines „Härtefalles“ gem § 16 Abs 5 Ärzte-ZV – ablehnen. Für die Zulassungsgremien ist damit der Entscheidungsspielraum verkleinert, die formale Bindung der Zulassungsgremien trägt aber wesentlich zur Rechtssicherheit bei. Um die Sachkunde der Zulassungsausschüsse im Anordnungsverfahren zu berücksichtigen, sind diese vor Anordnung der Zulassungsbeschränkung zu hören (vgl auch § 10 Abs 3 Ärzte-ZV).

21

Die Anordnung muss angeben, in welchen Gebieten der zu bezeichnenden Zulassungsbezirke, die außerhalb der vom Landesausschuss als unterversorgt festgestellten Gebiete liegen, und für welche ärztl Fachgebiete Zulassungen nicht ausgesprochen werden dürfen (§ 16 Abs 4 Ärzte-ZV). Dabei kann die **Dauer der Zulassungsbeschränkung befristet** werden. Macht der Landesausschuss von einer Befristung der Zulassungsbeschränkung keinen Gebrauch, hat er spätestens nach jeweils sechs Monaten zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen fortbestehen. Bei **Wegfall** der Voraussetzungen ist die Anordnung **aufzuheben**. Vor der entspr Entscheidung müssen die betroffenen Zulassungsausschüsse wie bei der erstmaligen Anordnung gehört werden (§ 16 Abs 6 Ärzte-ZV).

22

- 23** Sowohl die Feststellung der Unterversorgung als auch die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen sind verwaltungsinterne Entscheidungen einer öffentlichl Verwaltungsstelle, die Rechtswirkungen nur gegenüber den Zulassungsausschüssen, nicht aber geg den außenstehenden Zulassungsbewerbern entfalten. Beide sind gerichtlich nicht isoliert anfechtbar, sondern bloße Vorstufen von evtl nachfolgenden Zulassungsverfahren. Wird die Ablehnung der Zulassung an dem gewünschten Ort auf eine durch den Landesausschuss festgestellte anderweitige Unterversorgung und alsdann angeordnete Zulassungsbeschränkung gestützt, so hat die Sozialgerichtsbarkeit in einem Anfechtungsprozess inzidenter auch zu prüfen, ob diese Entscheidungen mit dem Gesetz, der Zulassungsverordnung und den verbindlichen BedarfsplRL zu vereinbaren sind (Wahrendorf, VSSR, 2015, 241, 258; Paulita, in: jurisPK-SGB V, § 100 Rz 24; zur Frage, ob und inwieweit ein Bedarfsplan mit Rechtsmitteln angegangen werden kann s auch Frehse, in: HK-AKM, Bedarfsplanung Rz 88 f; ders, in: Schnapp/Wigge, § 5 C Rz 9) . Somit können auch die KVen und Landesverbände der KKn bzw ErsKn im Hinblick auf ihr eigenes Widerspruchs- (§ 96 Abs 4) und Klagerecht (§ 54 Abs 1 SGG) die Entsch des Landesausschusses bei Vorliegen einer Beschwer (Gefährdung der Sicherstellung der vertragsärztl Versorgung) eine sozialgerichtliche Inzidenterprüfung herbeizuführen.
- 24** Die Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen ist in den für amtliche Bekanntmachungen der KÄVen vorgesehenen Blättern zu veröffentlichen (§ 16 Abs 7 Ärzte-ZV).

VII. Kollektiver Verzicht auf Zulassung

- 25** Verzichten Vertragsärzte in großer Zahl oder kollektiv auf ihre Zulassung, so kann eine Unterversorgung entstehen. Es kommen dann die §§ 72a und 95b zum Zuge; vgl die Anm zu diesen Vorschriften.

VIII. Feststellung eines lokalen Sonderbedarfs in einem nicht unterversorgten Planungsbereich (Abs 3)

- 26** Nach § 101 Abs 1 Satz 1 Nr 3a sind die Zulassungsgremien befugt, in nicht unterversorgten Planungsbereichen auf Antrag ausnahmsweise eine **Sonderzulassung** wegen **lokalen Sonderbedarfs** zu erteilen. Die näheren Voraussetzungen sind in § 35 BedarfsplRL-Ä geregelt. Die Prüfung durch den Landesausschuss erfolgt auf Antrag („Veranlassung“) der KVen oder der KKn (§ 35 Abs 1 Satz 1 BedarfsplRL-Ä). **Abzugrenzen** ist die Sonderzulassung wegen eines lokalen Sonderbedarfs nach § 35 BedarfsplRL-Ä vom Sonderbedarfszulassung, die nach § 36 BedarfsplRL-Ä ausnahmsweise die Zulassung eines Arztes zur vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht (vertiefend zu betreffenden Begrifflichkeiten Frehse, in: Schnapp/Wigge, § 5 C Rz 34; ders, in: HK-AKM, Bedarfsplanung Rz 349 ff). In Ermangelung einer allgemeinen Unterversorgung des Planungsbereichs iS der ges Vorgaben des § 100 hatte

der Landesausschuss bis zum 31.3.2007 an der Feststellung eines nur lokalen Sonderbedarfs in einem statistisch überversorgten Planungsbereich keine Mitwirkungsbefugnisse. Auch der KV/KZV fehlte in solchen Fällen eine rechtliche Möglichkeit, die Schließung der Versorgungslücke mit Hilfe einer Gewährung von Sicherstellungszuschlägen nach § 105 Abs 1 Satz 1 2. Halbs id geänderten Fassung des VÄndG zu fördern (vgl § 105 Rz 1b u 2).

Mit dem § 100 durch das VÄndG (Art 1 Nr 8, vgl Rz 2) mWv 1.4.2007 angefügten Abs 3 wurde dem Landesausschuss nach Maßgabe der Richtlinien nach § 101 Abs 1 Satz 1 Nr 3a in Ergänzung zu § 101 Abs 1 Satz 1 Nr 3 auch die Aufgabe übertragen, für einen insgesamt nicht unterversorgten Planungsbereich (zum Vorliegen der „Unterversorgung“ iSd § 100 vgl § 28 BedarfsplRL-Ä) die förmliche Feststellung zu treffen, dass in einem bestimmten Gebiet ein „lokaler“ Versorgungsbedarf besteht; das bloße Drohen eines lokalen Versorgungsbedarfs genügt jedenfalls nach dem Wortlaut der Vorschrift nicht. Wohl aber ist von dem „Bestehen“ eines Versorgungsbedarfs auszugehen, wenn ein naher Termin seines Eintritts unabänderbar feststeht (zB bei Verzicht auf Zulassung). Die bis zum 31.3.2007 ausschließlich für überversorgte Planungsbereiche geltende Regelung (§ 101 Abs 1 Satz 1 Nr 3 iVm Nr 24a Bedarfsplanungs-Richtl-Ärzte/Abschnitt E Nr 1 Bedarfsplanungs-Richtl-Zahnärzte) wird damit auf statistisch ausreichend versorgte Planungsbereiche (bis 110 vH) ausgedehnt (vgl Begr zu § 101 Abs 3a, BT-Drucks 16/2474, S 24), und zwar mit der Folge, dass das Vorliegen eines lokalen Sonderbedarfs gleichermaßen jetzt sowohl für den statistisch ausreichend versorgten als auch für den überversorgten Planungsbereich durch den Landesausschuss förmlich festgestellt werden muss. Diese Feststellung erlaubt es der KV/KZV nach § 105 Abs 1 idF des VÄndG zusätzlich, dem Arzt, der sich für eine Niederlassung im betreffenden Fachbereich in der lokal unterversorgten Region des insgesamt ausreichend oder sogar überversorgten Planungsbereichs interessiert, eine Förderungshilfe, insbesondere die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen anzubieten; eine solche Möglichkeit bestand zuvor nur im Falle einer vom Landesausschuss nach § 100 festgestellten Unterversorgung.

Die Feststellung des Landesausschusses ist für die Entscheidung der Zulassungsgremien verbindlich. Lehnt der Landesausschuss die Feststellung des Bestehens einer lokalen Unterversorgung ab, so ist die Rechtmäßigkeit der Feststellung nur im Rahmen des sozgerichtl Verfahrens zwischen dem Zulassungsbewerber u dem Berufungsausschuss inzidenter rechtl überprüfbar.

Die allgemeinen Voraussetzungen, nach denen die Landesausschüsse einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können (zB Berücksichtigung der Einwohnerzahl des unterversorgten Bereichs, der Verkehrsverbindungen, der Entfernung zum nächsten Arzt desselben Fachgebiets), muss der GBA gem § 101 Abs 1 Satz 1 Nr 3a idF des VÄndG in den BedarfsplRL regeln. Bei Umsetzung der Vorgaben des GBA müssen die KVen u KKn die Zulassungsgremien mit den erforderlichen Informationen unterstützen.

27

28

29

IX. Keine Geltung des Absatzes 1 Satz 2 und des Absatzes 2 für Vertragszahnärzte (Abs 4)

- 30** Die Ergänzung der Vorschrift durch das GKV-WSG um einen neuen Abs 4 (der im GesEntw noch angegebene „Abs 3“ wurde durch das VÄndG neu belegt) schließt eine Anwendung des Abs 1 Satz 2 (Anweisung an die Selbstverwaltung zur Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung) sowie des Abs 2 (Anordnung von Zulassungsbeschränkungen) für den zahnärztlichen Bereich aus. Es verbleibt jedoch **auch für die zahnärztl Versorgung** weiterhin bei der Gültigkeit des Abs 1 Satz 1 (förmliche Feststellung der Unterversorgung durch den Landesausschuss) u Abs 3 (förmliche Feststellung eines **lokalen** Sonderbedarfs in einem **nicht** unterversorgten Zulassungsbezirk/Planungsbereich). Im Hinblick auf das generelle Verbot, im zahnärztlichen Bereich auch im Falle einer festgestellten Unterversorgung in bestimmten Gebieten Zulassungsbeschränkungen anzuordnen, ist die Feststellung der Unterversorgung begrifflich hier keine „Voraussetzung“ für die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen mehr ; dies hat der Gesgeb des GKV-WSG durch Streichung der Wörter „ als Voraussetzung für Zulassungsbeschränkungen“ in Abs 1 klar gestellt.

X. Literatur

- 31** *Eichenhofer/Wenmer*, Gesetzliche Krankenversicherung, 2. Aufl 2016
Hauck/Noftz, SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung, Stand 11/2016
Rieder/Dahm/Katzenmeier/Steinhilper, Heidelberger Kommentar – Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht (HK-AKM), Stand 11/2016
Schlegel/Voelzke, jurisK-SGB V, 3. Aufl 2016
Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 3. Aufl 2017
Wahrendorf, Aktuelle Probleme der Bedarfsplanung – Beschlüsse der Landesausschüsse, VSSR 2015, 241 ff.