

**EINFÜHRUNG  
IN DAS  
VERTRAGSARZTRECHT**

**Autorin:** Ass. Barbara Berner

**Stand:** Januar 2001

Assessorin Barbara Berner  
Referentin der Rechtsabteilung  
Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Herbert-Lewin-Straße 3  
50931 Köln

## INHALTSVERZEICHNIS

---

<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>5</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>6</b>
<b>A GESETZLICHE GRUNDLAGEN</b> .....	<b>7</b>
<b>B GESCHICHTLICHE ENTWICKLUNG</b> .....	<b>10</b>
<b>C SYSTEMATISCHE EINORDNUNG</b> .....	<b>18</b>
1 Sachleistungsprinzip .....	18
2 Grundsatz der Freiberuflichkeit im Vertragsarztrecht.....	18
3 Vertragliche Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern .....	18
4 Verbot von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen .....	19
5 Eingliederung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das System der vertrags- ärztlichen Versorgung .....	19
<b>D VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG</b> .....	<b>21</b>
1 Rechtsverhältnis Vertragsarzt/Versicherter.....	21
2 Umfang der vertragsärztlichen Versorgung .....	22
3 Ambulante und stationäre Versorgung.....	24
4 Besondere Versorgungs- und Vergütungsstrukturen und Modellvorhaben...24	
<b>E TEILNAHME AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG</b> .....	<b>26</b>
1 Zulassung .....	26
2 Zulassungsbeschränkungen .....	27
2.1 Praxisweitergabe .....	27
2.2 Ausnahmen nach den Bedarfsplanungs-Richtlinien.....	28
2.3 Besetzung von Belegarztstellen.....	29
3 Angestellter Praxisarzt .....	31
4 Ermächtigung.....	31
5 Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V .....	34
6 Rechte und Pflichten des Vertragsarztes.....	34
6.1 Einzelne Rechte des Vertragsarztes.....	34
6.2 Einzelne Pflichten des Vertragsarztes .....	35

<b>F</b>	<b>VERGÜTUNG .....</b>	<b>37</b>
1	Honoraranspruch .....	37
2	Prüfung der Honorarabrechnungen .....	40
3	Wirtschaftlichkeitsgebot und Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	40
3.1	Prüfung nach Durchschnittswerten .....	41
3.2	Richtgrößenprüfung .....	41
3.3	Stichprobenprüfung.....	41
<b>G</b>	<b>ORGANISATION UND AUFGABEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN UND DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDES- VEREINIGUNG.....</b>	<b>44</b>
1	Organisation.....	44
2	Aufgaben .....	46
2.1	Interessenvertretung .....	46
2.2	Sicherstellungsauftrag .....	46
2.3	Gewährleistungsauftrag .....	47
2.4	Disziplinarmaßnahmen .....	47
	Literaturverzeichnis	
	Fragen zur Selbstkontrolle	

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

---

Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
AMR	Arzneimittel-Richtlinien
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag/Ärzte
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Bundesverfassungsgerichtsentscheidung
GG	Grundgesetz
GRG	Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz)
GSG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz)
i. S.	im Sinne
i. V. m.	in Verbindung mit
KK	Krankenkasse
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVEG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsergänzungsgesetz
KVG	Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
KVWG	Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
NOG	Neuordnungsgesetz
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
V	Verordnung
v. H.	vom Hundert

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

---

<b>Abbildung 1:</b>	Systematik des Vertragsarztrechts.....	9
<b>Abbildung 2:</b>	Die Rechtslage vor 1883 .....	10
<b>Abbildung 3:</b>	Die Rechtslage von 1883 bis 1931.....	11
<b>Abbildung 4:</b>	Die Rechtslage ab 1931 .....	12
<b>Abbildung 5:</b>	Die rechtlichen Beziehungen zwischen Vertragsärzten, KVen sowie Patienten (Versicherte) und Krankenkassen .....	22
<b>Abbildung 6:</b>	Zulassung.....	30
<b>Abbildung 7:</b>	Ermächtigung .....	33
<b>Abbildung 8:</b>	Angestellter Praxisarzt .....	36
<b>Abbildung 9:</b>	Berechnung der Gesamtvergütung .....	39
<b>Abbildung 10:</b>	Arzt/Patientenverhältnis im Spannungsfeld gesetzlicher Regelungen.....	43
<b>Abbildung 11:</b>	Organisation der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung .....	45

## A GESETZLICHE GRUNDLAGEN

---

Das Kassenarztrecht regelt die Rechtsbeziehungen der gesetzlichen Krankenkassen zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, sonstigen Leistungserbringern sowie teilweise zu den Krankenhäusern. Das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S. 2266) hat den Begriff „Kassenarzt“ durch den Terminus „Vertragsarzt“ ersetzt. In der Gesetzesbegründung heißt es zu dieser Änderung:

**„Zur Herstellung gleicher Wettbewerbsbedingungen unter den Kassen und zur Angleichung der Rahmenbedingungen für die ärztliche Versorgung werden die bisher unterschiedlich geregelten Formen der Teilnahme an der kassenärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung vereinheitlicht und durchgehend als vertragsärztliche Versorgung bezeichnet.“**

Das Vertragsarztrecht war früher Regelungsgegenstand der Reichsversicherungsordnung (RVO), seit 1989 mit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) ist es im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) kodifiziert.

Im Vierten Kapitel des SGB V „Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern“ ist der hauptsächliche Teil des Vertragsarztrechts geregelt. Außerhalb der gesetzlichen Bestimmungen finden sich viele Vorschriften des Vertragsarztrechts in einer Fülle von Verordnungen, Richtlinien, Verträgen und Satzungen. Diese öffentlich-rechtlichen Normen regeln das Zusammenwirken der Krankenkassen, Ärzte und anderer Leistungserbringer im Gesundheitswesen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen. Zu den gesetzlichen Krankenkassen zählen die Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und die See-Krankenkasse, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft sowie die Ersatzkassen (vgl. KBV-Fortbildungsheft Nr. 2 „Die gesetzliche Krankenversicherung“).

Das SGB V enthält somit nur die „Basisregelungen“ des Vertragsarztrechts.

Im Gesetz finden sich Ermächtigungen an den Bundesminister für Gesundheit zum Erlass von Rechtsverordnungen (z. B. Zulassungsverordnung, Schiedsamtverordnung).

Die §§ 79, 81 SGB V ermächtigen die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Erlass einer Satzung. Diese muss u. a. Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Ärzte, welche mit der Zulassung als Vertragsarzt Mitglied bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung werden, enthalten.

Das SGB V sieht weiterhin die Vereinbarung von Verträgen und den Beschluss von Richtlinien vor, die den Inhalt der vertragsärztlichen Versorgung regeln. Unterhalb der Ebene des formell-materiellen Gesetzes (z. B. Ordnungs- und Satzungsrecht) gibt es unterschiedliche Normgeber (z. B. Kassenärztliche Vereinigungen, gemeinsame Selbstverwaltung [Bundesausschuss]).

Auf Bundesebene vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen die Bundesmantelverträge. Auf Landesebene schließen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen Gesamtverträge ab. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind für den Vertragsarzt verbindlich (§ 95 Abs. 3 Satz 2 SGB V).

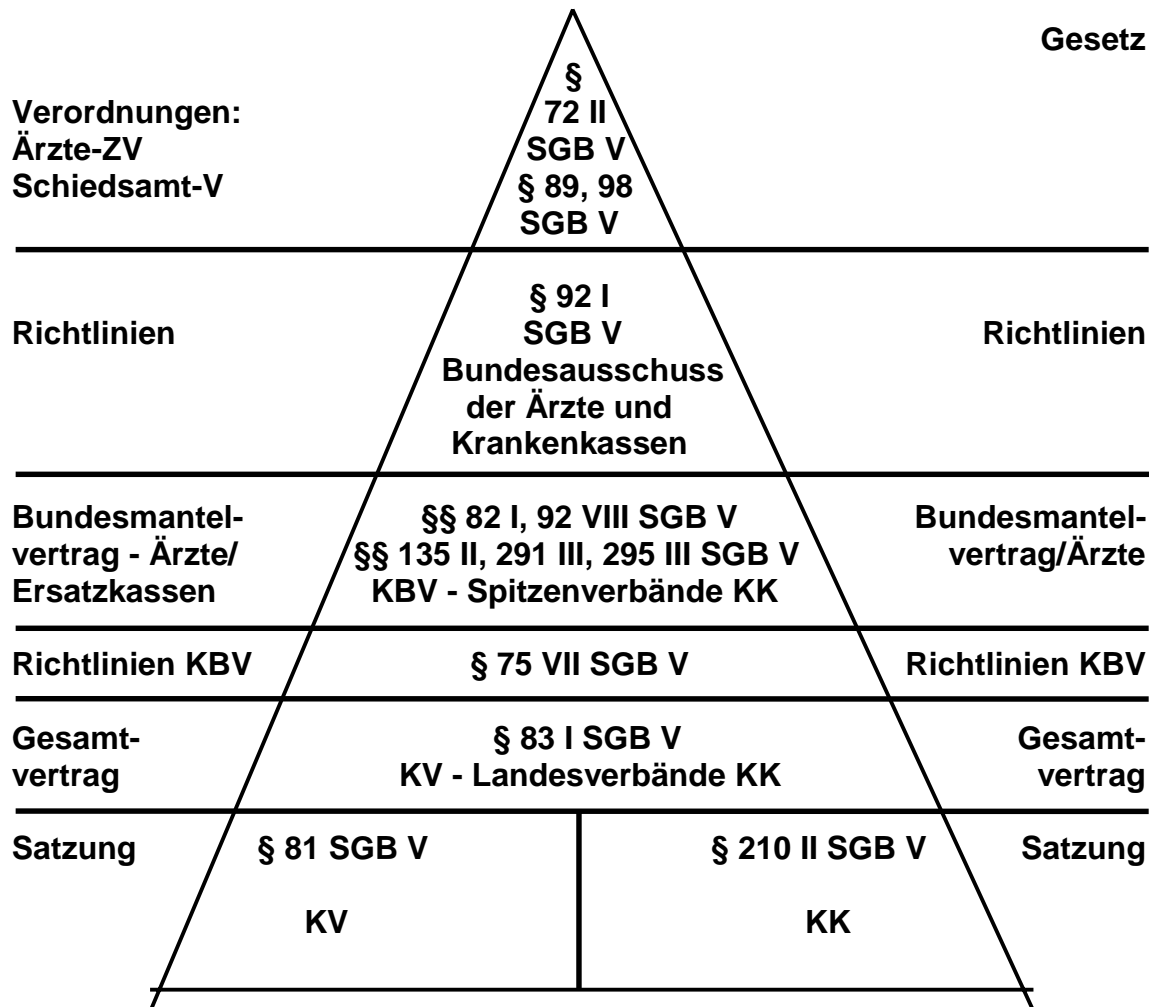
Die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung beschließt der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (§ 92 SGB V).

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen besteht aus Repräsentanten der Vertragsärzteschaft, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellt werden, aus Vertretern der Bundesverbände der Krankenkassen bzw. Verbände der Ersatzkassen, welche ihrerseits die Interessen und den Sachverstand der Versicherten und der Arbeitgeber einbringen; außerdem fördern drei unparteiische, aber einvernehmlich zu bestellende Mitglieder die Entscheidungsfähigkeit dieses Gremiums. Seit der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 20.03.1996 - 6 RKa 62/94 - ist höchstrichterlich festgestellt worden, dass die Richtlinien gegenüber Vertragsärzten, Versicherten und Krankenkassen als untergesetzliche Normen verbindlich sind. Da die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen auch im Hinblick auf Dritte bei der Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege, Rehabilitation sowie für die gesetzliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft Auswirkungen haben, sind die maßgeblichen Organisationen vor der Beschlussfassung über die entsprechenden Richtlinien anzuhören.

Die Hierarchie der gesetzlichen Regelungen und untergesetzlichen Normen im Vertragsarztrecht ergibt sich aus Abbildung 1.

**Merke:** Das Vertragsarztrecht ist ein umfassendes, ineinandergreifendes öffentlich-rechtliches Regelwerk, auf dem die Selbstverwaltung der Vertragsärzte in den Kassenärztlichen Vereinigungen und das vertragliche Zusammenwirken zwischen Ärzten und Krankenkassen basieren.

**Abbildung 1:** Systematik des Vertragsarztrechts



## B GESCHICHTLICHE ENTWICKLUNG

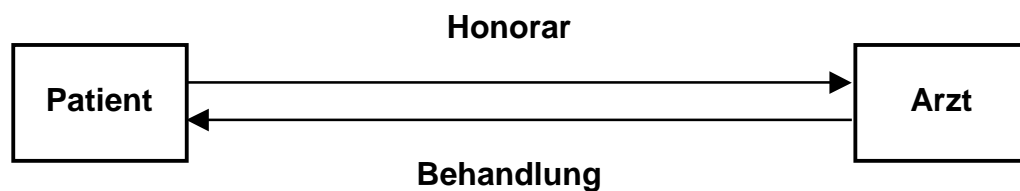
---

Das SGB V ist die erste systematische Überarbeitung und Erneuerung des Krankenversicherungsrechts seit der Zusammenfassung zahlreicher Einzelgesetze in der Reichsversicherungsordnung (RVO) vom 19. Juli 1911. Deren Krankenversicherungsteil im Zweiten Buch (§§ 165 ff. RVO) wurde seit seinem Inkrafttreten am 1. Januar 1914 über einhundert Mal geändert und ergänzt.

Die bewegte Geschichte des Kassenarztrechts beginnt mit der reichsgesetzlichen Krankenversicherung, welche durch das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter (KVG) vom 15. Juni 1883 eingeführt wurde und auf die Bismarcksche Sozialpolitik zurückzuführen ist.

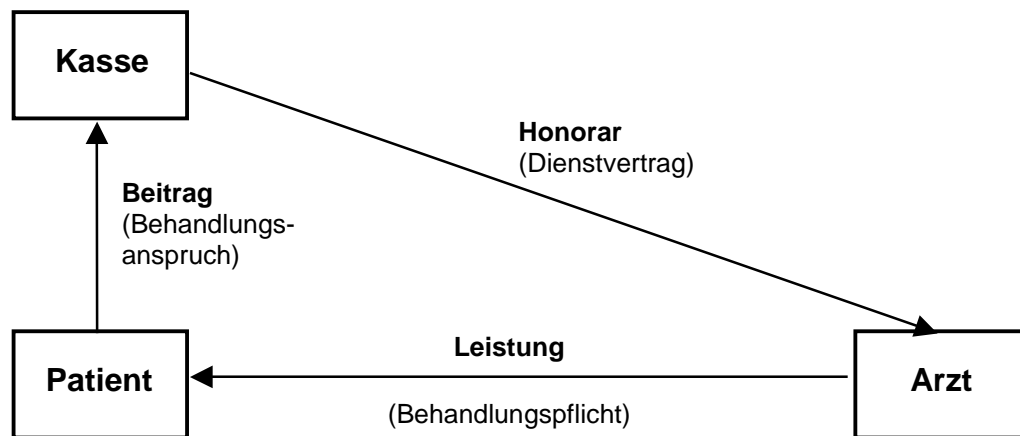
Vor 1883 war die Rechtslage durch ein Vertragssystem gekennzeichnet, in dem sich Arzt und Patient als freie Partner gegenüberstanden, welche Leistung und ärztliches Honorar untereinander aushandelten.

**Abbildung 2:** Die Rechtslage vor 1883



Die aufgrund des Krankenversicherungsrechts (KVG) errichteten gesetzlichen Krankenkassen schlossen Einzeldienstverträge mit den Ärzten, um ihren Mitgliedern eine ärztliche Behandlung zu gewähren. Die persönliche Rechtsbeziehung zwischen Arzt und Patient änderte sich in eine Dreiecksbeziehung. Der den Krankenkassen dienstverpflichtete Arzt erhielt die Bezeichnung „Kassenarzt“. Die gesamte Regelung des Arztsystems stand im Belieben der Krankenkassen, welche die Möglichkeit hatten, Zahl und Person der für sie tätigen Ärzte sowie deren Bezahlung einseitig zu bestimmen (Einkaufsmodell).

**Abbildung 3:** Die Rechtslage von 1883 bis 1931



Gegen die hieraus resultierende mächtige Position der Krankenkassen organisierten sich die Ärzte im Jahre 1900 im Leipziger Verband, der später nach seinem Begründer „Hartmannbund“ benannt wurde. Dieser Verband forderte mit verschiedenen Druckmitteln, z. B. Boykott, die Zulassung aller organisierten Ärzte zur Kassenpraxis, eine Behandlungs- und Verordnungsfreiheit aller Ärzte, Abschluss von Kollektivvereinbarungen und Honorierung nach Einzelleistungen.

Wegen der ansteigenden Zahl der Pflichtversicherten waren immer mehr Ärzte zu einer Zusammenarbeit mit den Krankenkassen gezwungen und gerieten wegen deren Monopolstellung in wirtschaftliche und berufliche Abhängigkeit.

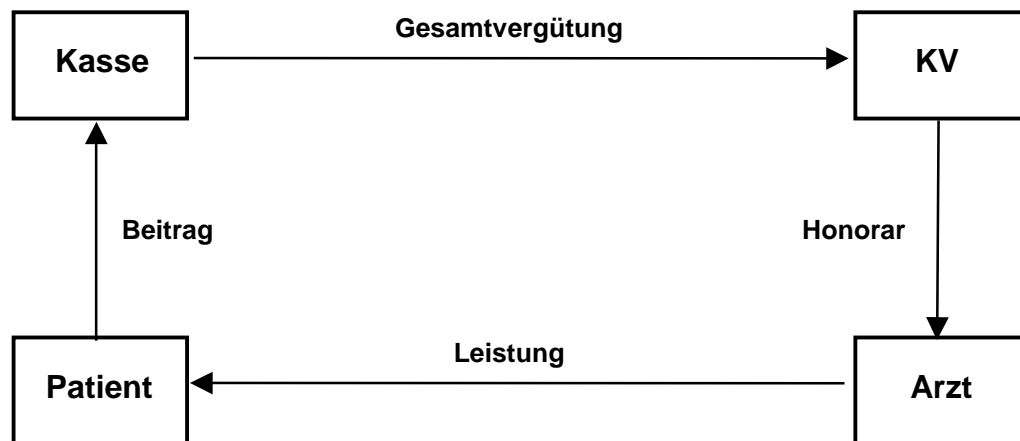
Mit dem Berliner Abkommen von 1913 nahm der Staat zum ersten Mal eine aktive Rolle als Vermittler innerhalb der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten ein, um den Zusammenbruch der ärztlichen Versorgung, der nach dem außerordentlichen deutschen Ärztetag am 26.10.1913 drohte, zu vermeiden. Aufgrund dieses Abkommens wurde ein Arztregister errichtet und eine sogenannte Verhältniszahl (Zahl der Kassenärzte abhängig von der Versichertenanzahl) eingeführt. Es bestand weiterhin ein System von Einzelverträgen zwischen Arzt und Kassen bzw. Kassenverband.

Mit der Notverordnung zur Verlängerung des Berliner Abkommens im Jahre 1923 verließ die Reichsregierung ihre Vermittlerrolle und griff durch Gesetz in die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen ein. Aufgabe des neu geschaffenen Reichsausschusses war die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen durch den Erlass von Richtlinien, so z. B. einer Zulassungsordnung und Vertragsrichtlinien. Das bisherige System des Einzeldienstvertrages blieb aber bestehen.

Die Möglichkeit der Vereinbarung von Kollektivverträgen mit unmittelbarer Wirkung für die Ärzte und Krankenkassen wurde erst durch die Notverordnung vom 30. Dezember 1931 und die Verordnung über die Kassenärztliche Versorgung vom 14. Januar 1932 eröffnet. Die Errichtung Kassenärztlicher Vereinigungen durch

Neuregelung der §§ 368 ff. RVO 1932 änderte das Dreiecksverhältnis nunmehr in ein Vierecksverhältnis. Wichtige Neuerung war die Schaffung einer gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen.

**Abbildung 4:** Die Rechtslage ab 1931



Die politischen Veränderungen nach 1933 machten sich auch im Kassenarztrecht bemerkbar, es wurde eine Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands mit den ihr untergeordneten Landes- und Bezirksstellen als Körperschaft des öffentlichen Rechts und alleinige und zentrale Vertreterin der deutschen Ärzteschaft errichtet. An diese zahlten fortan die Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung verteilte die Vergütung dann nach genossenschaftlichen Grundsätzen an ihre Mitglieder.

Der zweite Weltkrieg beendete das zentralistische System, nach 1945 nahmen die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenverbände ihre Tätigkeit als selbständige Körperschaften des öffentlichen Rechts wieder auf.

Das Gesetz über das Kassenarztrecht vom 17. August 1955 führte dazu, dass sich die Spitzenverbände der Ärzte und Krankenkassen in ihrer jetzigen Form konstituierten. Die Zulassungsverordnungen wurden 1957 erlassen. Im gleichen Jahr wurde eine Schiedsamsordnung verfügt.

Das Gesetz über das Kassenarztrecht hielt an einer Beschränkung der Zulassung zur Kassenarztpraxis fest. Fünf Jahre später wurde es jedoch vom Bundesverfassungsgericht als verfassungswidrig angesehen, da die Beschränkung der Zulassung für Ärzte durch eine Verhältniszahl nicht mit Artikel 12 Grundgesetz, der die freie Berufswahl und die freie Berufsausübung regelt, vereinbar sei (BVerfGE 11,30 = NJW 1960 S. 715).

Dieses berühmte Kassenarzturteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 1960 hat in Anbetracht der Regelungen, die das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführt hat, wieder besondere Aktualität erlangt. Die verschärften Bedarfsplanungsregelungen und neuen Zulassungsbestimmungen werden an

diesem Urteil gemessen. Allerdings hat es das Bundesverfassungsgericht abgelehnt, die neuen Bestimmungen im Hinblick auf die wirtschaftliche Stabilität des Krankenversicherungssystems per einstweiliger Anordnung außer Kraft zu setzen (BVerfG Beschluss vom 3.3.1993, NJW 1993 S. 1520). Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 18. März 1998 – Az: B 6KA 78/96R – entschieden, dass die Zulassungsbeschränkungen rechtmäßige Berufsausübungsregelungen darstellen und nicht gegen Art. 12 GG verstoßen, da ihnen ausreichende Erwägungen des Gemeinwohls zu Grunde liegen.

Infolge der Zulassungsfreiheit und Niederlassungsmöglichkeiten wurden viele Praxen vorwiegend in Städten eröffnet, so dass in ländlichen Gebieten Unterversorgung drohte. Das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) vom 28. Dezember 1976 schaffte ein Planungs- und Sicherstellungsinstrumentarium, um einer Unterversorgung in betroffenen Zulassungsbezirken entgegenzuwirken.

Die Stabilität der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erlangte angesichts der Kostendämpfungspolitik seit 1977 eine besondere Bedeutung. Mit einer Welle von Kostendämpfungsgesetzen wurde versucht, dem Ausgabenanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung entgegenzuwirken.

Zu nennen sind hier:

- das Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung - Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - (KVKG vom 27.6.1977), das als Neuerung die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen einführte,
- das Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung - Kostendämpfungsergänzungsgesetz - (KVEG vom 22.12.1981), welches die sogenannte Negativliste einführte,
- das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG vom 20.12.1988), welches das Kassenarztrecht unter die Grundsätze der Qualität, Humanität, Wirtschaftlichkeit und der Beitragsstabilität stellte (vgl. §§ 70, 71 SGB V),
- das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (GSG vom 21.12.1992). Wesentliches Motiv dabei war die Stabilisierung der Beitragssätze. Dieses Gesetz beinhaltete als strukturelle Erneuerungen:
  - die Steuerung der Arztzahlen durch verschärfte Bedarfsplanung und Zulassungsbegrenzungen,
  - Altersgrenze für die Tätigkeit als Vertragsarzt (68. Lebensjahr),
  - die Bindung von Ausgabenbereichen an die Einnahmeentwicklung für eine Übergangszeit (Budgetierung),
  - die Verzahnung der Versorgungsbereiche (ambulant/stationär),
  - die Ausdehnung der Vergütung auf den Ersatzkassenbereich,
  - die Ausweitung der Aufsichtsrechte,

- die Preisabsenkung bei Zahnersatz und Arzneimitteln,
- die Kassenorganisationsreform (Zusammenführung der kassenärztlichen Versorgung der Versicherten der Primärkassen und vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen).

Das Gesundheitsstrukturgesetz brachte allerdings nicht das Ende der Gesetzesflut. Nachdem das **GKV-Weiterentwicklungsgesetz** und das **Krankenhaus-Neuordnungsgesetz** 1997 als zustimmungsbedürftige Gesetze im Bundesrat gescheitert waren, ist das **Beitragsentlastungsgesetz** vom 1. November 1996 (BGBl I S. 1631) in Kraft getreten. Dieses Gesetz beinhaltet insbesondere Leistungseinschränkungen für die Versicherten (z. B. erhöhte Zuzahlung zu Arzneimitteln) sowie eine gesetzliche Verminderung der Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Daraus folgend wurde zur Verhinderung steigender Beiträge in der Krankenversicherung unter dem Motiv „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ die dritte Stufe der Gesundheitsreform mit den zwei Neuordnungsgesetzen (**1. GKV-Neuordnungsgesetz** und **2. GKV-Neuordnungsgesetz**) fortgesetzt.

Das Erste Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. Juni 1997 (**1. GKV-Neuordnungsgesetz**, BGBl I S. 1518) sieht im wesentlichen Beitragssatzregelungen der Krankenkassen vor.

Für das Vertragsarztrecht wichtig ist das Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. Juni 1997 (**2. GKV-Neuordnungsgesetz**, BGBl I S. 1520), das die nachfolgenden Neuregelungen oder Änderungen enthält:

- Modellvorhaben
- Strukturverträge
- Kostenerstattungsprinzip
- Ausnahmen von Zulassungsbeschränkungen („Job-Sharing“, Belegärzte)
- Neuregelung des Rechts der angestellten Praxisärzte
- Aufhebung der Großgeräteplanung
- neue Regelberechnung der Gesamtvergütung
- getrennte Vergütungsanteile für Arztgruppen im Bundesmantelvertrag
- gesetzliche Absicherung mengenbegrenzender Bewertungsformen im EBM
- budgetersetzende Richtgrößen in der Arzneimittel- und Heilmittelversorgung
- Aufgaben des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (Partnerschaftsmodell, neue Richtlinien, Weiterentwicklung der Verhältniszahlen)
- neues Qualitätssicherungsrecht
- gesetzlicher Ausschluss der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst.

Das Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (**GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz**) vom 19. Dezember 1998 (BGBl I S. 3853) dient nach Meinung des Gesetzgebers dazu, dem Solidarprinzip den ihm gebührenden Stellenwert wieder einzuräumen, Finanzgrundlagen zu stabilisieren und die Voraussetzungen für eine grundlegende Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Jahr 2000 zu schaffen. In dem Gesetz wurden die in der 13. Legislaturperiode ergangenen gesetzlichen Regelungen, z. B. zum Zahnersatz, der wieder zur Sachleistung wird, Zuzahlungselemente und Elemente der privaten Krankenversicherung, wie Beitragsrückgewähr, Kostenerstattung für Pflichtversicherte und Selbstbehalt, zurückgenommen sowie strenge Budgetregelungen bei der Gesamtvergütung und bei Arznei- und Heilmitteln eingeführt.

Das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (**GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000**) vom 22. Dezember 1999 (BGBl I S. 2626) und das Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. Dezember 1999 (BGBl I S. 2657) führen diese im GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz erwähnten Ziele fort. Da allerdings im Vermittlungsverfahren wegen der zustimmungsfreien Gestaltung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 erhebliche Veränderungen vorgenommen wurden, konnte nicht die große geplante Reform durchgeführt werden. Gleichwohl enthält das Gesetz wieder einschneidende Veränderungen des Vertragsarztrechts. Folgende Stichworte sind hier zu erwähnen:

- Integrierte Versorgung
- Stärkung der hausärztlichen Versorgung
- Rehabilitation
- Soziotherapie
- Bedarfsplanung.

### ***Die unterschiedliche Entwicklung der Krankenversicherung bis zur deutschen Einigung***

Bis zum Prozess der deutschen Einigung war das Krankenversicherungssystem im Beitrittsgebiet durch eine Einheitsversicherung und eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens geprägt. Durch Schaffung einer Sozialunion am 18. Mai 1990 durch die erste frei gewählte Regierung der DDR wurde die bisherige Einheitsversicherung durch ein gegliedertes System der Sozialversicherung mit Beitragsfinanzierung und Selbstverwaltung ersetzt. Der Einigungsvertrag vom 31. August 1990 ermöglichte dann die Einführung eines freiheitlichen, pluralistischen Systems der medizinischen Versorgung und Einführung des Kassenarztrechts auch in den neuen Bundesländern, insbesondere durch Ablösung staatlicher Polikliniken und Ambulatorien durch niedergelassene Ärzte in Einzelpraxen. Besonderheiten und Übergangsregelungen finden sich noch in den §§ 308 bis 313 SGB V. Das Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung hebt ab 1. Januar 2000 die für die neuen Länder geltenden besonderen Vorschriften in der gesetzlichen Krankenversicherung mit einigen Ausnahmen auf.

Die Entwicklungen des Vertragsarztrechts lassen sich daher wie folgt darstellen:

<b>vor 1883</b>	<b>Einzelvertragssystem</b>
<b>1883</b>	<b>Einzelvertragssystem mit Rahmenvertrag</b>
<b>1913</b>	<b>Verhältniszahlen</b>
<b>1931/1932</b>	<b>Kassenärztliche Selbstverwaltung Kollektivverträge</b>
<b>nach 1933</b>	<b>Zentralisierung</b>
<b>1955</b>	<b>Neuordnung des Kassenarztrechts</b>
<b>1960</b>	<b>Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen</b>
<b>1976</b>	<b>Bedarfsplanung „Unterversorgung“</b>
<b>ab 1977</b>	<b>Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik</b>
<b>GRG 1988</b>	<b>Qualität, Humanität, Wirtschaftlichkeit und Beitragssatzstabilität</b>
<b>Einigungsvertrag 1990</b>	<b>Herstellung der Einheit Deutschlands Inkrafttreten des SGB V in den neuen Bundesländern</b>
<b>GSG 1992</b>	<b>Strukturelle Eingriffe in die Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit</b> - Bedarfsplanung „Übersorgung“ - Budgetierung - Kassenorganisationsreform
<b>1. GKV-NOG 1997</b>	<b>Von der Ausgabenbudgetierung zur Einnahmenbegrenzung</b>
<b>2. GKV-NOG 1997</b>	- Beitragssatzerhöhungen - Änderungen der Versorgungsstruktur - Ausnahmen von Zulassungsbeschränkungen - budgetersetzende Richtgrößen - neue Funktion des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen
<b>GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz 1998</b>	<b>Ausgabenbegrenzung und Rücknahme privatversicherungstechnischer Elemente (z. B. Kostenerstattung)</b>
<b>GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000</b>	<b>Förderung der hausärztlichen Tätigkeit, Stärkung von Patientenrechten und inte- grierte Versorgung</b>

**Merke:** Die geschichtliche Entwicklung des Kassenarztrechts – jetzt Vertragsarztrecht – zeigt die Ursachen für das Entstehen und die Entwicklung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen, insbesondere die Entwicklung von einer reinen privatrechtlichen Beziehung zu einem öffentlich-rechtlichen Rechtssystem.

## **C      SYSTEMATISCHE EINORDNUNG**

---

### **1      Sachleistungsprinzip**

Der gesetzlich Krankenversicherte erhält die Leistungen seiner Krankenkasse grundsätzlich als Dienst- oder Sachleistung (§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Der zugelassene Vertragsarzt ist der Vermittler der vertragsärztlichen Leistungen, auf welche der Versicherte bei Eintritt eines Versicherungsfalles gegen seine Krankenkasse Anspruch hat. Aus dem Sachleistungsprinzip folgt, dass keine unmittelbare Vergütungspflicht des Patienten gegenüber dem Arzt besteht.

Dieses Grundprinzip des Vertragsarztrechts ist durch das 2. GKV-NOG dahingehend geändert worden, dass alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen anstelle der Sach- oder Dienstleistung die Kostenerstattung wählen konnten. Dieser Anspruch auf Erstattung für Pflichtversicherte ist durch das GKV-SolG mit der Begründung wieder abgeschafft worden, er sei ein der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung fremdes Element.

### **2      Grundsatz der Freiberuflichkeit im Vertragsarztrecht**

Auch wenn der Vertragsarzt mit Behandlung der krankenversicherten Patienten eine öffentliche Aufgabe erfüllt, ist die Tätigkeit des Vertragsarztes kein öffentlicher Dienst. Der ärztliche Beruf ist ein freier Beruf, die Tätigkeit als Vertragsarzt ist nur eine Ausübungsform des Berufs des frei praktizierenden Arztes (BVerfGE, Urteil vom 23.3.1960 - 1 BVR 216/51 -, Bd. 11 S. 41). Allerdings wird diese freiberufliche Unabhängigkeit immer stärker durch gesetzliche Rahmenbestimmungen, Verträge und Richtlinien reglementiert und eingeschränkt.

### **3      Vertragliche Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern**

Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern stehen unter dem Gebot der Qualität und Wirtschaftlichkeit. Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben 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 wirtschaftlich erbracht werden (§ 70 SGB V). Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität, der in § 71 SGB V formuliert ist, gibt den Krankenkassen und den Leistungserbringern die Verpflichtung auf, in Vereinbarungen über die Vergütung der Leistung die Beitragssatzstabilität zu beachten. Ausnahmen vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität sind nur für vorgeschriebene Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen gesetzlich zulässig. Zu den Leistungserbringern zählen die Vertragsärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte (§ 69 SGB V), die Erbringer von Heilmitteln (§§ 124 ff. SGB V) und Hilfsmitteln (§§ 126 ff. SGB V), die Apotheken

und pharmazeutischen Unternehmen (§§ 129 ff. SGB V) sowie die sonstigen Leistungserbringer i. S. d. §§ 132 ff. SGB V.

Diese Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sind allgemein sozialversicherungsrechtlicher und nicht privatrechtlicher Natur. Zuständig sind auch für Klagen Dritter die Sozialgerichte.

#### **4 Verbot von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen**

Die vertragsärztliche Versorgung wird in erster Linie durch niedergelassene Vertragsärzte sichergestellt. Eigeneinrichtungen der Krankenkassen sind nur im bestimmten Umfang möglich. Gemäß § 140 SGB V dürfen die Krankenkassen der Versorgung der Versicherten dienende Einrichtungen, die am 1. Januar 1990 bestanden haben, weiter betreiben. Neue Eigeneinrichtungen dürfen nur errichtet werden, soweit die Krankenkassen die Durchführung ihrer Aufgaben bei der Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation auf andere Weise nicht sicherstellen können.

#### **5 Eingliederung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das System der vertragsärztlichen Versorgung**

Durch Artikel 2 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Änderung des 5. Buches Sozialgesetzbuches und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998 (BGBl I S. 1311 ff.) ist der Beruf des nicht-ärztlichen oder des Psychologischen Psychotherapeuten und auch des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung integriert worden. Das bislang geltende sogenannte Delegationsverfahren, eine Form der Zusammenarbeit von Arzt und nicht-ärztlichem Behandler, der für Teilabschnitte der Dauerbehandlung hinzugezogen worden ist, ist damit abgeschafft worden. Der Patient hat das Recht, den Psychotherapeuten nun direkt aufzusuchen (Erstzugangsrecht). Neben der Möglichkeit, im Rahmen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte behandeln zu können, ist eine gesetzliche Anerkennung des Berufsbildes als ein dem Arzt vergleichbarer Heilberuf geschaffen worden (Art. 1 Psychotherapeutengesetz). Der Gesetzgeber hat dabei auf die Schaffung einer eigenen kassenärztlichen Körperschaft für Psychotherapeuten verzichtet.

Die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wirken gemäß § 72 SGB V nunmehr zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten mit. Sie sind gemäß § 80 Abs. 1 a SGB V Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und künftig auch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Die Voraussetzungen für die Eintragung von Psychotherapeuten in das Arztregister sind in § 95 c SGB V geregelt. Durch eine Generalklausel werden auch untergesetzliche Regelungen der maßgeblichen Zulassungsverordnung für Vertrags-

ärzte (Ärzte-ZV) auf die approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erstreckt (§ 1 Abs. 3 Ärzte-ZV). Um den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Interessenwahrnehmung zu gewährleisten, ist ein beratender Fachausschuss für Psychotherapie bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gebildet worden, dem in wesentlichen Fragen, die die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung berühren, rechtzeitig Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Einzelheiten sind in den Satzungen geregelt.

Auch die Zulassungsausschüsse und die Berufsausschüsse werden in einer besonderen Zusammensetzung tätig, wenn es um die Zulassung eines Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geht. Wie bei den Ärzten ist auch bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zwischen ordentlicher und außerordentlicher Mitgliedschaft zu unterscheiden. Ordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind Kraft Gesetzes die zugelassenen Psychotherapeuten. Die außerordentliche Mitgliedschaft erfolgt aufgrund eines Antrages durch Eintragung in das Arztregister. Eine Eintragung in das Arztregister erfolgt gemäß § 95 c SGB V bei nachgewiesener Approbation und Fachkunde.

Durch die mitgliedschaftliche Stellung in der Kassenärztlichen Vereinigung hat ein Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut die gleichen Rechte und Pflichten wie ein Vertragsarzt. Insoweit kann auf die nachfolgenden Ausführungen verwiesen werden, Besonderheiten werden ausdrücklich erwähnt.

## D VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG

---

### 1 Rechtsverhältnis Vertragsarzt/Versicherter

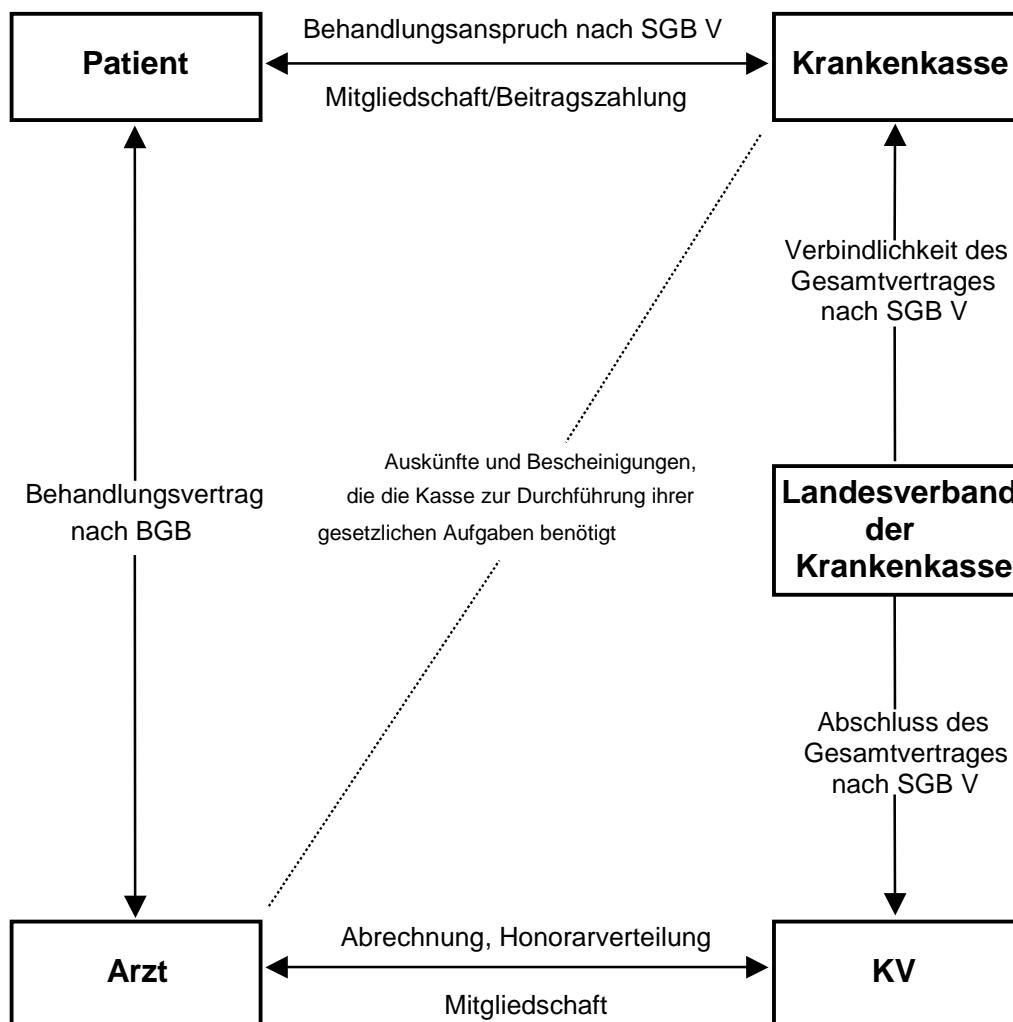
Die Rechtsnatur der Beziehung zwischen dem Vertragsarzt und dem sozialversicherten Patienten ist umstritten. Nach der insbesondere vom BGH vertretenen Auffassung kommt zwischen dem Versicherten und dem Vertragsarzt ein zivilrechtlicher Vertrag zustande, der in der Regel als Dienstvertrag im Sinne des § 611 ff. BGB geschlossen wird. Die andere Meinung verneint hingegen das Zustandekommen eines Dienstvertrages. Der Vertragsarzt soll die ärztliche Behandlung kraft öffentlich-rechtlicher Verpflichtung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung schulden. Die zivilrechtlichen Beziehungen sind nach dieser Meinung vom öffentlich-rechtlich ausgestatteten Sozialversicherungsrecht überlagert. Der Vertragsarzt ist dem Patienten gegenüber durch die Übernahme der Behandlung öffentlich-rechtlich zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts verpflichtet (§ 76 Abs. 4 SGB V). Ist dem Vertragsarzt ein Behandlungsfehler unterlaufen, haftet er zivilrechtlich aus positiver Vertragsverletzung des Behandlungsvertrages und daneben aus unerlaubter Handlung nach § 823 BGB, wenn eine rechtswidrige und schuldhaft Verletzung von Leben, Körper oder Gesundheit vorliegt.

Der Vertragsarzt ist zur Behandlung, zur Verordnung von medizinischen Leistungen und zur Ausstellung von Bescheinigungen verpflichtet. Es besteht kein Kontrahierungszwang, d. h. aus den Bestimmungen des Zivilrechts läßt sich nicht herleiten, dass der Arzt einen bestimmten Versicherten behandeln muss. Allerdings unterwirft sich der Vertragsarzt mit der Zulassung zur Vertragsarztpraxis freiwillig einer Reihe von Einschränkungen, die mit der Einbeziehung in ein öffentlich-rechtliches System notwendig sind. Daher ist die Ablehnung einer Behandlung nur in begründeten Fällen möglich (vgl. auch § 1 Abs. 9 Muster-Berufsordnung). Eine Behandlungspflicht besteht auch, wenn der Arzt im Rahmen des Notfall- bzw. Bereitschaftsdienstes in Anspruch genommen wird.

Es gilt das **Prinzip der freien Arztwahl**, d. h. es besteht freie Wahl unter den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten (§ 76 SGB V). Das Prinzip der freien Arztwahl ist jedoch dahingehend eingeschränkt, daß derjenige, der ohne zwingenden Grund einen anderen als einen der nächsterreichbaren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in Anspruch nimmt, die Mehrkosten zu tragen hat. Außerdem soll der Versicherte den Arzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes wechseln.

**Merke:** Durch die Übernahme der Behandlung ist der Vertragsarzt gegenüber dem Versicherten zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts verpflichtet.

**Abbildung 5:** Die rechtlichen Beziehungen zwischen Vertragsärzten, KVen sowie Patienten (Versicherte) und Krankenkassen



## 2 Umfang der vertragsärztlichen Versorgung

Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in eine hausärztliche und fachärztliche Versorgung (§ 73 SGB V). Einzelheiten sind in dem Vertrag über die hausärztliche Versorgung geregelt, der zum 1. Januar 1994 in Kraft getreten ist und zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart worden ist (veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 90, Heft 41, vom 15. Oktober 1993, A-2714).

Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, das das Ziel der Stärkung der hausärztlichen Versorgung verfolgt, hat in diesem Bereich nochmals einige Änderungen mit sich gebracht. Neben einem Fachausschuss für Psychotherapie ist durch den neu geschaffenen § 79 c SGB V ein weiterer beratender Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung geschaffen worden, der bei der Kassenärztliche

Bundesvereinigung gebildet wird und der aus Mitgliedern besteht, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Weiterhin sieht § 79 c SGB V vor, dass weitere beratende Fachausschüsse gebildet werden können. Im Hinblick auf die Vergütung sieht § 85 Abs. 4 SGB V nunmehr vor, dass in der vertragsärztlichen Versorgung die Gesamtvergütung getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung zu teilen ist.

An der hausärztlichen Versorgung nehmen Allgemeinärzte, Kinderärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die sich für die hausärztliche Versorgung nach dem Hausarztvertrag entschieden haben, Ärzte, die noch als Praktische Ärzte in das Arztregister eingetragen sind und Ärzte, die am 31. Dezember 2000 hausärztlich tätig waren, teil.

Diese Hausärzte bilden ab 1. Januar 2001 mit Ausnahme der Kinderärzte eine Arztgruppe im Sinne des Bedarfsplanungsrechts. Einzelheiten sind in den Bedarfsplanungs-Richtlinien geregelt.

Das Gesetz stärkt auch die Dokumentationsbefugnis des Hausarztes. Dieser ist künftig berechtigt, nicht nur bei anderen Ärzten, sondern auch bei anderen Leistungserbringern (z. B. Heilmittelerbringer oder Erbringer häuslicher Krankenpflege) die relevanten Patientendaten zu erheben sowie diese und seine eigenen Patientendaten mit Einverständnis des Versicherten anderen Leistungserbringern zur Verfügung zu stellen. Damit korrespondierend sind die behandelnden Leistungserbringer auch berechtigt, mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt zu erheben.

Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die ärztliche Behandlung, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Verordnung von medizinischen Leistungen der Rehabilitation, Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen, Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Verordnung häuslicher Krankenpflege, Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten und medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, ärztliche Maßnahmen zur Empfängnisverhütung, zum Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation (vgl. § 73 Abs. 2 SGB V).

Zur vertragsärztlichen Versorgung gehört grundsätzlich nur die ambulante ärztliche Behandlung. Eine Ausnahme ist in § 121 SGB V geregelt, der eine Förderung des Belegarztwesens vorsieht. Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Die belegärztlichen Leistungen werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Einzelheiten zur belegärztlichen Tätigkeit, die einen bestimmten Umfang nicht überschreiten darf, sind im Bundesmantelvertrag (§ 38 ff.) geregelt.

### **3 Ambulante und stationäre Versorgung**

Die Verzahnung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung findet sich in verschiedenen Regelungen des 4. Kapitels des SGB V. So wurde bereits durch das Gesundheitsstrukturgesetz in § 115 b SGB V mit der Förderung des ambulanten Operierens im Krankenhaus eine bessere Verzahnung angestrebt. Diese Vorschrift ist dahingehend ergänzt worden, dass in den dreiseitigen Verträgen nach § 115 b zum „Ambulanten Operieren“ ergänzend stationärsersetzende Leistungen aufzunehmen sind. Bis zum 31. Dezember 2001 muss innerhalb des Katalogs „Ambulante Operationen und stationärsersetzende Eingriffe“ ein Verzeichnis derjenigen Eingriffe vereinbart werden, die in der Regel ambulant durchgeführt werden sollen.

Auch unter dem Stichwort „Integrierte Versorgung“ beabsichtigt der Gesetzgeber die Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung zu durchbrechen. Die integrierte Versorgung ist sektorübergreifend definiert. Sie muss über die vertragsärztliche Versorgung inhaltlich hinausgehen. Obligatorisch für Verträge zur Integrationsvereinbarung ist eine Rahmenvereinbarung nach § 140 d SGB V, die z. Z. zwischen den Vertragspartnern verhandelt wird und Inhalt und Durchführung der integrierten Versorgung regelt.

Regelungen zu integrierten Versorgungsstrukturen enthalten die §§ 63, 64 SGB V (Modellvorhaben) und § 73 a SGB V (Stichwort vernetzte Praxen), die allerdings im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bleiben.

### **4 Besondere Versorgungs- und Vergütungsstrukturen und Modellvorhaben**

Die Regelung in § 73 a Abs. 1 SGB V sieht vor, dass die Vertragsbeteiligten in der vertragsärztlichen Versorgung Vereinbarungen über spezifische Formen der Leistungserbringung und der Vergütung der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegten Leistungen treffen können (Gesetzesbegründung).

Mit dieser Vorschrift, die durch das 2. GKV-NOG eingefügt wurde, ist beabsichtigt, dass damit Verbesserungen der allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung als auch wettbewerbliche Differenzierungen der gesetzlichen Krankenkassen in einem ermöglicht werden. Anders als die befristeten Modellversuche nach § 63 SGB V eröffnet § 73 a SGB V eine dauerhafte, wenn auch differenzierte und spezifisch patientenproblemorientierte Regelversorgungsmöglichkeit. Vereinbart werden können:

- eine besondere Zusammenarbeit von Ärzten durch Erhöhung der Präsenz, Schaffung einer Leitstelle und bestimmte Verfahrensweisen, z. B. Qualitätssicherung in Qualitätszirkeln,
- besondere Hausarztmodelle,
- Verfahren zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und ihrer Qualität, z. B. besondere Kooperation von Haus- und Fachärzten, z. B. zur Steuerung von Krankenhausverordnungen.

Die Strukturverträge sind zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Verbänden der Ersatzkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen zu vereinbaren.

Modellvorhaben nach § 63 ff. SGB V eröffnen die Möglichkeit, Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung zu erproben. Hierbei kann von den Vorschriften des 4. Kapitels SGB V abgewichen werden, der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt allerdings weiterhin. Modellvorhaben sind auf längstens 8 Jahre zu befristen. Leistungen, deren Einführung vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen abgelehnt worden sind, dürfen nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein. Modellvorhaben können von den Krankenkassen und ihren Verbänden durchgeführt werden oder nach § 64 SGB V mit den Leistungserbringern vereinbart werden. Es besteht keine Verpflichtung, Modellvorhaben in der vertragsärztlichen Versorgung nur mit Kassenärztlichen Vereinigungen abzuschließen, d. h. Krankenkassen dürfen Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben auch mit einzelnen Vertragsärzten oder Gruppen von Vertragsärzten schließen.

### 1 Zulassung\*

Rechtsformen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sind **Zulassung** und **Ermächtigung**.

Die Zulassung ist der umfassende statusbegründende Akt für die Berufsausübung des Vertragsarztes im System der vertragsärztlichen Versorgung. Die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür finden sich in den §§ 95, 98 SGB V und der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV).

Voraussetzung für die Zulassung sind ein Antrag und die Eintragung in das Arztregister, welche die Approbation als Arzt sowie seit 1994 an Stelle der einjährigen Vorbereitungszeit den erfolgreichen Abschluss entweder einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet voraussetzen.

Die Zulassung von Ärzten, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, ist abgesehen von wenigen Ausnahmen grundsätzlich ausgeschlossen.

Die Zulassung endet durch Entziehung, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, mit dem Wegzug des Arztes aus dem Bezirk seines Vertragsarztsitzes, mit dem Tod (§ 95 Abs. 6, 7 SGB V) und seit 1. Januar 1999 mit einigen Ausnahmen bei Vollendung des 68. Lebensjahres.

Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt bzw. seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt (§ 95 Abs. 6 SGB V). Eine Entziehung der Zulassung wegen gröblicher Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten setzt nach der Rechtsprechung neben einem Pflichtverstoß voraus, dass der Arzt aufgrund der gröblichen Verletzung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ungeeignet ist.

---

\* vgl. KBV-Fortbildungsheft Nr. 4 „Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung“

## **2 Zulassungsbeschränkungen**

Nach der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen von Amts wegen zu prüfen, ob in einem Planungsbereich eine ärztliche Überversorgung vorliegt, die dann anzunehmen ist, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 v. H. überschritten ist. Hierbei sind die in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 9. März 1993 (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte) vorgesehenen Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zu berücksichtigen. Im Fall einer Überversorgung hat der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen anzuordnen. Ein Ermessensspielraum steht ihm hierbei nicht zu (§ 103 Abs. 1 SGB V).

Über den Antrag eines Arztes auf Zulassung als Vertragsarzt befindet der Zulassungsausschuss durch Beschluss. Wenn Zulassungsbeschränkungen bestehen, ist der Antrag abzulehnen. In überversorgten Gebieten besteht daher nur die Möglichkeit, durch Praxisübernahme einen Vertragsarztsitz zu besetzen oder mit einem bereits zugelassenen Vertragsarzt eine Gemeinschaftspraxis mit der Verpflichtung einer Leistungsbegrenzung zu bilden oder aufgrund einer Ausnahmezulassung nach Nr. 24 Bedarfsplanungs-Richtlinien tätig zu werden.

### **2.1 Praxisweitergabe**

Die Praxisweitergabe richtet sich nach § 103 Abs. 4 bis 6 SGB V. Diese Regelungen stellen eine Durchbrechung des Prinzips der Zulassungsbeschränkungen dar. Nach dem dort festgelegten Verfahren schreibt die Kassenärztliche Vereinigung bei Beendigung der Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner Erben den Vertragsarztsitz aus und erstellt eine Liste der eingehenden Bewerbungen. Der Zulassungsausschuss wählt dann den Nachfolger nach pflichtgemäßem Ermessen. Bei der Auswahl der Bewerber sind die berufliche Eignung, das Approbationsalter und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen. Ferner sollte beachtet werden, ob der Bewerber der Ehegatte, ein Kind, ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde. Hierbei handelt es sich um eine enumerative Aufzählung. Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben sind nur insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswertes der Praxis nicht übersteigt. Eine Verkehrswertfeststellung erfolgt in der Regel nur im Streitfall. Sinn und Zweck des § 103 Abs. 4 SGB V ist der aus Art. 14 Grundgesetz folgende Eigentumsschutz.

Ab 1. Januar 2006 werden nur noch Allgemeinärzte für ausgeschriebene Hausarztsitze berücksichtigt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen führen für jeden Planungsbereich eine Warteliste. Bei der Auswahl der Bewerber für die Übernahme einer Vertragsarztpraxis ist die Dauer der Eintragung in die Warteliste zu berücksichtigen. Gleichfalls sind die Interessen des verbleibenden Gemeinschaftspraxispartners bei der Bewerberauswahl angemessen zu berücksichtigen.

Diese Regelungen, die zu vielen Unsicherheiten und Problemen führen, sind vom Gesetzgeber für die Zukunft noch dahingehend verschärft worden, dass gemäß § 102 SGB V die Bedarfszulassung ab 1. Januar 2003 aufgrund von Verhältniszahlen, die gesetzlich festgelegt werden, erfolgt. Das Bundesministerium hat bis zum 31. Dezember 2001 durch Beauftragung eines geeigneten wissenschaftlichen Instituts die erforderliche Datengrundlage für die Bedarfszulassung nach gesetzlich festzulegenden Verhältniszahlen erstellen zu lassen.

## **2.2 Ausnahmen nach den Bedarfsplanungs-Richtlinien**

Trotz der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen darf der Zulassungsausschuss für Ärzte einem Zulassungsantrag eines Arztes einer der betroffenen Arztgruppen entsprechen, wenn eine der in Nr. 24 Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte genannten Ausnahmen vorliegt:

- nachweislich lokaler Versorgungsbedarf
- Nachweis eines besonderen/qualitativen Versorgungsbedarfes
- Gründung einer Gemeinschaftspraxis mit spezialistischen Versorgungsaufgaben
- schwerpunktmäßig ambulant operative Tätigkeit
- ausschließlich psychotherapeutische Tätigkeit

Mit dem 2. GKV-NOG wurde im § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V eine Regelung dahingehend getroffen, dass künftig in überversorgten Planungsbereichen, in denen bislang eine Zulassung nur in Fällen der Praxisübergabe oder aufgrund von Ausnahmezulassungen nach Nr. 24 der Bedarfsplanungs-Richtlinien möglich war, ein weiterer Vertragsarzt eine Zulassung erhalten kann, sofern er mit einem bereits zugelassenen Arzt eine Gemeinschaftspraxis bildet und sich die Partner der Gemeinschaftspraxis gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich (3 v. H.) überschreitet. Die näheren Voraussetzungen regelt der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den Bedarfsplanungs-Richtlinien (Nr. 23 a - Nr. 23 g Bedarfsplanungs-Richtlinien Ärzte i. d. F. vom 01.10.1997, Bundesanzeiger Nr. 9, S. 372 vom 15.01.1998).

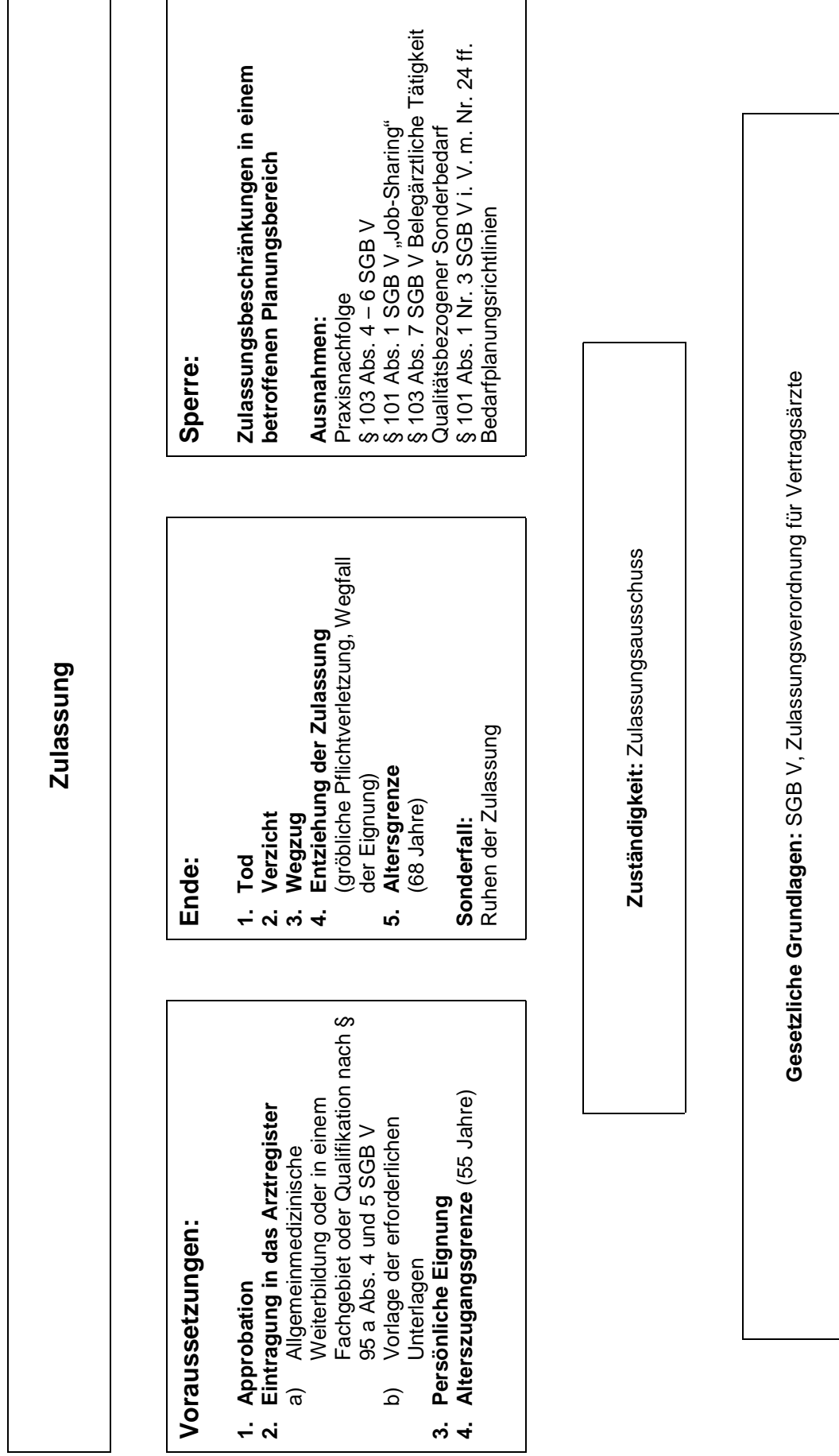
Die Zulassung dieses neuen Vertragsarztes ist auf die Dauer der gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit in der Gemeinschaftspraxis beschränkt. Die Beschränkung sowie die Leistungsbegrenzung enden bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen, spätestens jedoch nach zehnjähriger gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit. Während der Zeit der Leistungsbegrenzung wird der weitere Arzt bei der Ermittlung des Versorgungsgrades nicht mitberechnet. Endet allerdings die Überversorgung, wird der Arzt bei der Ermittlung des Versorgungsgrades mitgerechnet (§ 101 Abs. 3 SGB V). Die gemeinsame Tätigkeit wird auch beim Praxisübergabeverfahren nach § 103 Abs. 3 im Rahmen der Auswahl der Bewerber berücksichtigt, allerdings erst nach mindestens fünfjähriger gemeinsamer Tätigkeit.

Diese Möglichkeit der ausnahmsweisen Zulassung gilt entsprechend für die Aufnahme weiterer Ärzte in Einrichtungen nach § 311 SGB V (Nr. 38 a Bedarfsplanungs-Richtlinien Ärzte).

### **2.3 Besetzung von Belegarztstellen**

Eine weitere Ausnahme zur Zulassung eines Arztes im überversorgten Planungsbereich regelt § 103 Abs. 7 SGB V. Danach kann ein Krankenhausträger, der eine belegärztliche Tätigkeit anbietet und keinen geeigneten Arzt im Planungsbereich findet, mit einem bisher nicht niedergelassenen Arzt einen Belegarztvertrag abschließen. Die Zulassung dieses Arztes wird auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkt, die Beschränkung entfällt bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkung, spätestens nach Ablauf von zehn Jahren.

Abbildung 6:



### **3 Angestellter Praxisarzt**

Bereits mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde die Möglichkeit geschaffen, dass der Vertragsarzt nach § 32 b Ärzte-ZV einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte anstellen konnte (sogenannter Dauerassistent). Nachdem diese Dauerassistenten bislang bei der Feststellung zum Versorgungsgrad mitberücksichtigt werden mussten, ist durch die Neuregelung im 2. GKV-NOG (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V) eine Flexibilisierung dahingehend geschaffen worden, dass die Tätigkeit des angestellten Arztes aus der Feststellung zum örtlichen Versorgungsgrad ausgenommen wird. Dafür muss sich der Vertragsarzt, will er einen Arzt in seiner Praxis anstellen, zur Leistungsbegrenzung verpflichten. Sinn dieser Regelung ist nach der Gesetzesbegründung zwar die Flexibilisierung der Leistungserbringung, nicht jedoch die Möglichkeit von Leistungsausweitungen.

Die Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung gilt für alle Arztgruppen und unabhängig davon, ob ein Planungsbereich gesperrt ist.

In den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis (Angestellte-Ärzte-Richtlinien i. d. F. vom 01.10.1997, Bundesanzeiger Nr. 9, S. 18 vom 15.01.1998) sind die weiteren Voraussetzungen, z. B. übereinstimmende Fachgebiete, geregelt.

Im Hinblick auf die sogenannten Dauerassistenten, die vor Inkrafttreten des 2. GKV-NOG genehmigt wurden, sieht Artikel 17 § 3 2. GKV-NOG vor, dass diese Genehmigungen weiterhin gültig sind und keine Beschränkung des Praxisumfanges auslösen. Allerdings sind diese angestellten Ärzte weiterhin bei der Feststellung des für die Bedarfsplanung maßgeblichen Versorgungsgrades mitzurechnen.

### **4 Ermächtigung**

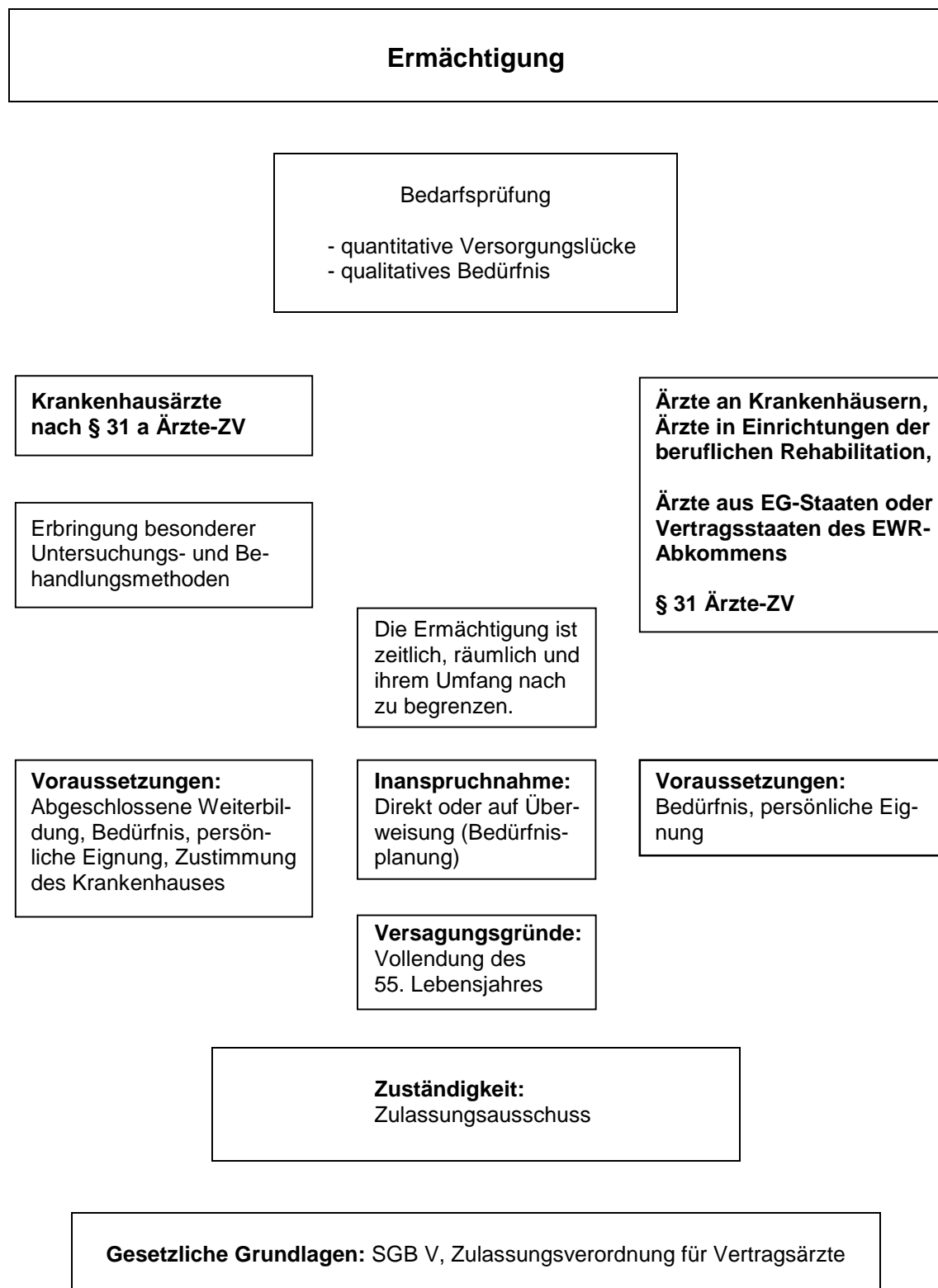
Eine weitere Teilnahmeform an der vertragsärztlichen Versorgung ist die Ermächtigung von Ärzten. Diese ist allerdings nur bei bestehender oder drohender Unterversorgung bzw. zur Versorgung eines begrenzten Personenkreises möglich und zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu begrenzen. Ermächtigt werden Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung mit Zustimmung des Krankenhausträgers durch den Zulassungsausschuss, wenn die Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird. § 116 SGB V (identisch mit § 31 a Abs. 1 Ärzte-ZV) stellt somit auf das besondere Wissen und Können (Qualität) der ärztlichen Leistungen ab.

Die Quantität der ambulanten ärztlichen Leistungen berücksichtigt § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV, der eine bestehende oder drohende Unterversorgung der Versicherten voraussetzt und den Kreis der für die Ermächtigung in Betracht kommenden Ärzte weiter zieht (s. Abb. 7).

Bei allen Ermächtigungen ist der Vorrang der niedergelassenen Ärzte bei der ambulanten Versorgung der Versicherten zu berücksichtigen. Die Ermächtigung ist von einer Bedarfsprüfung abhängig. Besondere Kenntnisse und Erfahrungen eines Krankenhausarztes können erst dann zur Erteilung einer Ermächtigung führen, wenn sie sich in einem besonderen Leistungsangebot niederschlagen, das von niedergelassenen Ärzten nicht oder nicht ausreichend abgedeckt ist.

Auch bestimmte ärztlich geleitete Einrichtungen können zur Teilnahme an einer vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden. Dies gilt u. a. für Polikliniken (§ 117 SGB V), psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) oder sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V). Neben diesen Ermächtigungen durch die Zulassungsausschüsse sind nach § 118 Abs. 2 SGB V Allgemeinkrankenhäuser mit selbständig fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung bestimmter Gruppen psychisch Kranker Kraft Gesetzes ermächtigt. Der Umfang der Ermächtigung ist durch einen Vertrag zu konkretisieren (§ 118 Abs. 2 S. 2 SGB V).

**Abbildung 7:**



## **5 Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V**

Nach § 311 Abs. 2 SGB V sind in den neuen Bundesländern die bestehenden ärztlich geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens (Polikliniken, Ambulatorien, Arztpraxen) sowie die diabetologischen, nephrologischen, onkologischen und rheumatologischen Fachambulanzen mit Dispensaire-auftrag kraft Gesetzes zur ambulanten Versorgung zugelassen. Die kirchlichen Fachambulanzen\* waren kraft Gesetzes bis zum 31. Dezember 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen. Zugelassen sind allerdings nur die Einrichtungen; nicht jedoch die in diesen Einrichtungen tätigen Ärzte. Sie sind keine zugelassenen Vertragsärzte, gleichwohl sind sie in der Regel ordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit sie in diesen Einrichtungen beschäftigt sind (§ 311 Abs. 4 SGB V).

## **6 Rechte und Pflichten des Vertragsarztes**

Mit der Vertragsarztzulassung haben die Vertragsärzte folgende Rechte und Pflichten:

### **6.1 Einzelne Rechte des Vertragsarztes**

- aktives und passives Wahlrecht,
- Recht auf Behandlung der Versicherten,
- Recht auf Teilnahme an der ärztlichen Versorgung aufgrund der erweiterten Sicherstellung (Bereich der Heilfürsorge, betriebs- und vorsorgeärztliche Untersuchung, ärztliche Behandlung von Gefangenen der Justizvollzugsanstalten, knappschaftliche Krankenversicherung),
- Recht auf Teilnahme am vertragsärztlichen Notfalldienst,
- Recht auf Teilnahme an der Honorarverteilung (s. auch F „Vergütung“).

---

\* Durch das Sechste SGB V-Änderungsgesetz vom 18.12.1995 (BGBl I Nr. 68 vom 28.12.1995) ist nach § 311 Abs. 2a - neu - SGB V die Möglichkeit eröffnet worden, dass sich die in den kirchlichen Fachambulanzen beschäftigten Fachärzte unabhängig von bestehenden Zulassungsbeschränkungen niederlassen können oder dass sich die Fachambulanz in eine Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft umwandelt. Der Zulassungsantrag war bis spätestens 30. Juni 1996 beim Zulassungsausschuss zu stellen. Diese Vorschrift wird durch das Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.1999 (BGBl S. 2657) mit Wirkung ab 1.1.2001 aufgehoben.

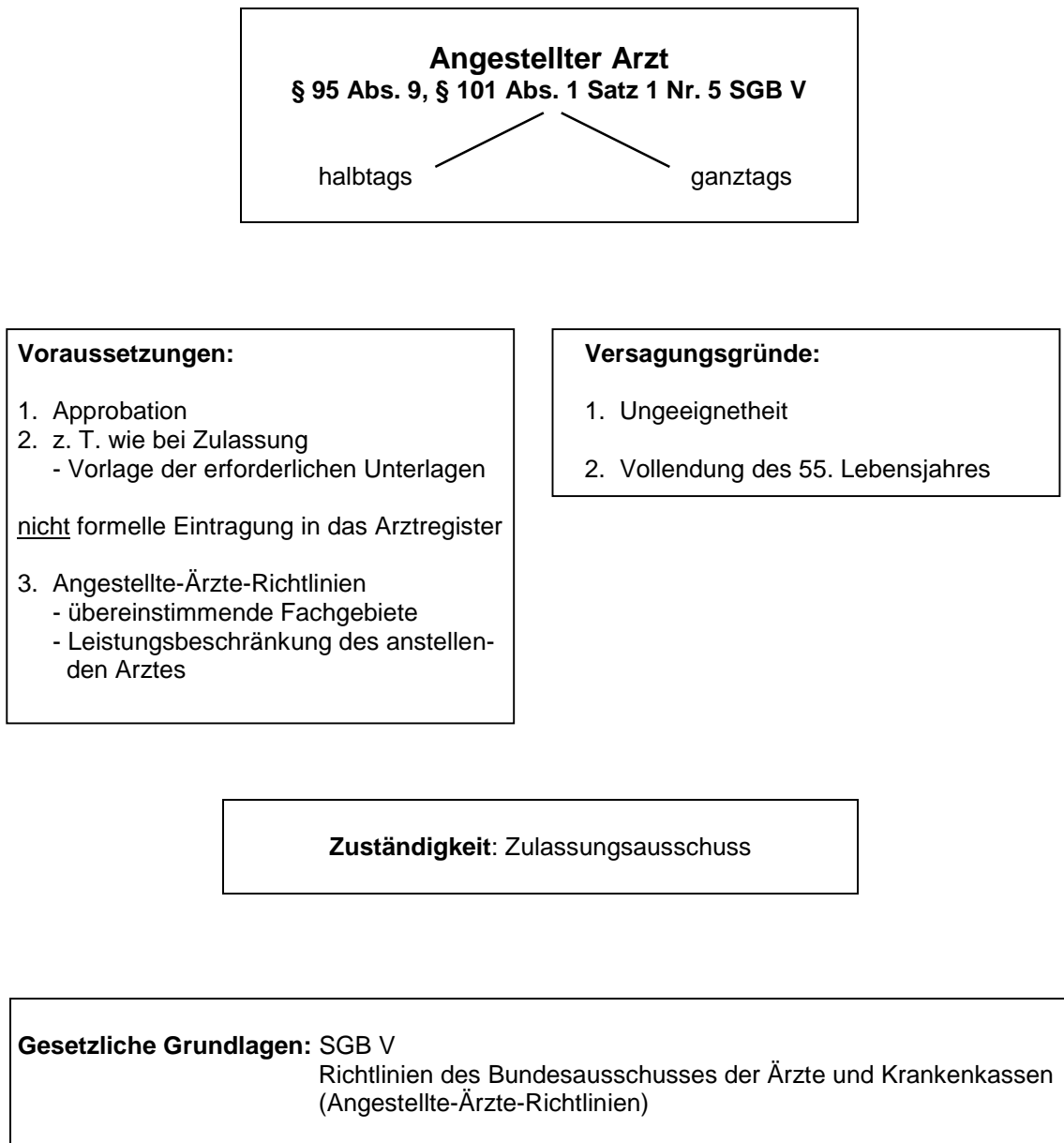
## 6.2 Einzelne Pflichten des Vertragsarztes

- Beachtung des allgemeinen Berufsrechts (Berufsordnung, Weiterbildungsordnung),
- Vertragsarztsitz und Residenzpflicht,
- Sprechstundentätigkeit,
- Besuchstätigkeit,
- Teilnahme am Notfalldienst,
- Dokumentationspflicht (§ 11 Muster-Berufsordnung, BMV-Ä),
- Aufbewahrungspflicht (10 Jahre, 30 Jahre nach Röntgenverordnung),
- persönliche Leistungserbringung.

Nach § 32 Ärzte-ZV hat der Vertragsarzt die Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. Er kann sich bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung innerhalb von 12 Monaten bis zur Dauer von 3 Monaten vertreten lassen. Die Qualifikation des Vertreters richtet sich nach § 3 Abs. 2 Ärzte-ZV (allgemeinmedizinische Weiterbildung oder Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet).

**Merke:** Durch die Zulassung folgt die Einbindung des Arztes in das öffentlich-rechtlich organisierte Vertragsarztrecht, welches ihm verschiedene vertragsarzteigene Rechte und Pflichten auferlegt.

**Abbildung 8:** Angestellter Praxisarzt



### 1 Honoraranspruch\*

Zu den wesentlichen subjektiv-öffentlichen Rechten des Vertragsarztes zählt sein Honoraranspruch gegen die Kassenärztliche Vereinigung nach Maßgabe des Gesamtvertrages und des Honorarverteilungsmaßstabes. Die Gesamtverträge werden zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen über die vertragsärztliche Versorgung geschlossen (§ 83 Abs. 1 SGB V).

Den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge vereinbart die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen in sogenannten Bundesmantelverträgen. Hierzu gehören u. a. die Festlegung des Umfangs der vertragsärztlichen Versorgung, die Teilnahmeregelung (Zulassung, Ermächtigung), die Grundsätze der freien Arztwahl, die Gewährleistung ausreichender Sprechstunden, das Verfahren der Überweisung und das Berichtswesen (Vordrucke, Bescheinigungen). Der Inhalt der Bundesmantelverträge ist Bestandteil der Gesamtverträge (§ 82 Abs. 1 SGB V). Kommt ein Vertrag ganz oder teilweise nicht zustande, können Schiedsämter auf Landes- und Bundesebene den Vertragsinhalt festsetzen (§ 89 SGB V).

Die Gesamtverträge enthalten Einzelheiten des Vergütungs- und Abrechnungswesens. Die Krankenkassen entrichten nach Maßgabe des Gesamtvertrages für die gesamte vertragsärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung (§ 85 Abs. 1 SGB V).

Mit der Kennzeichnung dieser Vergütung als „Gesamtvergütung“ wird verdeutlicht, dass die Krankenkassen mit dieser Vergütung die von den Kassenärztlichen Vereinigungen sicherzustellende vertragsärztliche Versorgung in ihrer Gesamtheit abgelten. Es handelt sich hierbei um eine eigenständige Rechtsbeziehung zwischen Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung. Dies gilt auch für die von der Kassenärztlichen Vereinigung vorgenommene Verteilung dieser Vergütung an die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen (Honorarverteilung). Die Gesamtvergütung wird als

- Einzelleistungsvergütung;  
Vereinbarung eines Punktwertes für die im Bewertungsmaßstab für die einzelnen Leistungen festgesetzten Punktzahlen,
- Festbetrag;  
feste, in einem DM-Betrag vereinbarte Gesamtvergütung,

---

\* vgl. KBV-Fortbildungsheft Nr. 6 „Die Gesamtverträge einschließlich der Gesamtvergütung“

- Kopfpauschale;  
die Gesamtvergütung errechnet sich aus der Multiplikation der Zahl der Mitglieder der Krankenkasse im Vierteljahresdurchschnitt mit einem vereinbarten Pauschalbetrag für den Bedarf eines Versicherten an vertragsärztlichen Leistungen,
- Fallpauschale;  
sie wird errechnet nach dem im Durchschnitt aller Fälle für einen Behandlungsfall bei wirtschaftlicher Behandlungsweise anfallenden Aufwand an ärztlichen Leistungen oder
- Mischsystem;  
Kombination der Vergütungssysteme

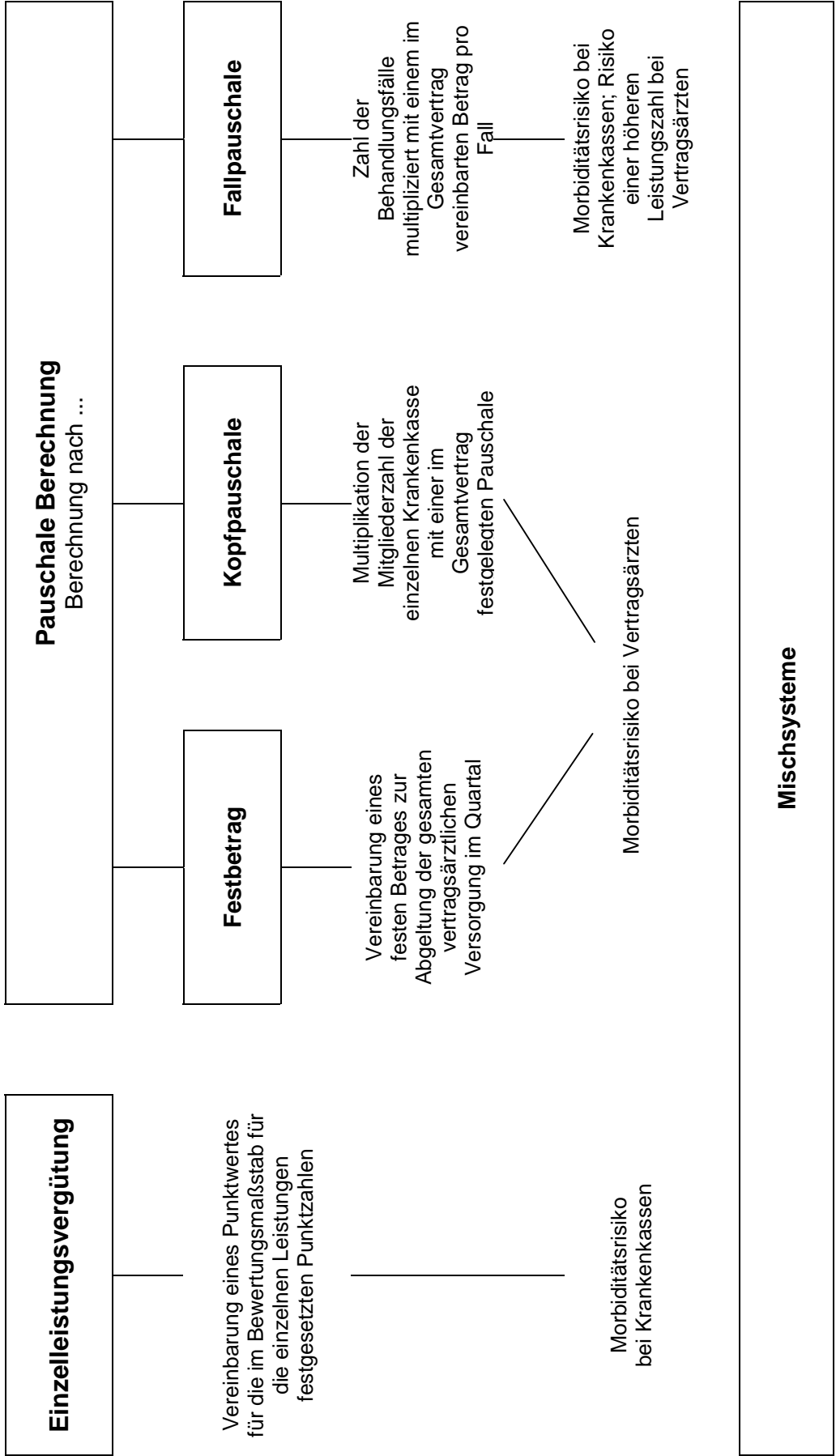
berechnet. Je nach vereinbarter Vergütungsform ergeben sich unterschiedliche Risikozuweisungen hinsichtlich der Morbidität.

Nach § 85 Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 ist die Gesamtvergütung in hausärztliche und fachärztliche Vergütungsanteile zu trennen.

Im Verteilungsmaßstab sind ferner Regelungen zur Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die in angemessener Höhe die Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten (§ 85 Abs. 4 S. 4 SGB V).

Der Bewertungsausschuss bestimmt die Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütung (s. Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20. Juni 2000, Deutsches Ärzteblatt Heft 27 vom 7. Juli 2000).

**Abbildung 9:** Berechnung der Gesamtvergütung\*



\* Seit 2000 getrennt in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Anteil.

## **2 Prüfung der Honorarabrechnungen**

Die Quartalsabrechnungen des Vertragsarztes werden einer mehrstufigen Prüfung unterzogen. Diese sind:

- eine sachlich-rechnerische Prüfung, die auch in Form einer Plausibilitätsprüfung zulässig ist (§ 83 Abs. 2 SGB V),
- eine Prüfung der Qualität der Leistungserbringung (§ 135 SGB V),
- eine Prüfung der übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit (§ 85 Abs. 4 SGB V),
- eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit (§ 106 SGB V)
- sowie die Prüfung eines sonstigen Schadens.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung und Prüfung eines sonstigen Schadens obliegt den Prüfungseinrichtungen, die als Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen von den Kassenärztlichen Vereinigungen rechtlich unabhängig sind. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung findet nach der sachlich-rechnerischen Prüfung statt. § 106 Abs. 2 SGB V regelt ausdrücklich drei Prüfungsarten:

- die Prüfung nach Durchschnittswerten (Auffälligkeitsprüfung),
- die Richtgrößenprüfung (Auffälligkeitsprüfung),
- die Stichprobenprüfung (Zufälligkeitsprüfung).

## **3 Wirtschaftlichkeitsgebot und Wirtschaftlichkeitsprüfung**

Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist ein grundlegendes Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung und des Vertragsarztrechts. Die Leistungen der Krankenversicherung müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 SGB V). Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Dieses Gebot findet sich in § 72 Abs. 2 SGB V wieder. Danach ist die vertragsärztliche Versorgung so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 92 SGB V), in den Verträgen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen (§ 72 Abs. 2 SGB V) konkretisiert wird. Als eine wichtige Überprüfung der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes wird im nachfolgenden die Wirtschaftlichkeitsprüfung dargestellt.

### **3.1 Prüfung nach Durchschnittswerten**

Die Prüfung nach Durchschnittswerten bezieht sich auf ärztliche Leistungen, die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie auf die Häufigkeit und den Umfang sonstiger veranlasster Leistungen, insbesondere Großgeräteleistungen. Durchschnittswerte sind in der Regel der Fachgruppendurchschnitt. Dieser Vergleich der Tätigkeit des Arztes mit der seiner Kollegen darf jedoch im Hinblick auf die ärztliche Therapiefreiheit und den Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung, nämlich ihrem Versicherten eine angemessene ärztliche Behandlung zu gewährleisten, nicht rein schematisch erfolgen. Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat für die Prüfung nach Durchschnittswerten drei Fallgruppen (Allgemeine Streubreite, Übergangszone, offensichtliches Missverhältnis) gebildet.

### **3.2 Richtgrößenprüfung**

Die Richtgrößenprüfung befasst sich insbesondere mit der Überprüfung der Menge und Auswahl verordneter Arznei- und Heilmittel. Sie kann auch auf andere veranlasste Leistungen ausgedehnt werden. Richtgrößen stellen eine Soll-Vorgabe für das Ausgabenvolumen der Krankenkassen in einem Quartal dar und sind von den Vertragspartnern auf Landesebene zu vereinbaren. Als Vorgabe sieht das Gesetz in § 84 Abs. 3 SGB V vor, dass "einheitliche arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Leistungen, insbesondere von Arznei-, Verband- und Heilmitteln" zu vereinbaren sind. Für die Festlegung von Richtgrößen gilt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Richtgrößenprüfungen werden durchgeführt, wenn die Richtgrößen um mehr als 5 Vomhundertsatz überschritten werden. Bei einer Überschreitung der Richtgrößen um mehr als 15 Vomhundertsatz hat der Vertragsarzt den sich aus der Überschreitung ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist.

### **3.3 Stichprobenprüfung**

Neben den vorher genannten Auffälligkeitsprüfungen sieht § 106 Abs. 2 Nr. 2 SGB V auch eine Zufälligkeitprüfung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung vor. Unabhängig von einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts oder einer Überschreitung der Richtgrößen wird auf der Grundlage von Stichproben die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes geprüft. Sie findet nach einem bestimmten Auswahlverfahren (mindestens 2 v. Hundert der Ärzte je Quartal) statt. Der Prüfungsumfang bei Stichproben bezieht sich auch auf Indikation, Effektivität, Qualität und Angemessenheit der Kosten (§ 106 Abs. 2 a SGB V).

Vertragsärzte, die gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen, haben mit Honorarkürzungen bzw. mit Regressen zu rechnen. Die Festlegung unwirtschaftlichen Verhaltens wird durch einen sozialgerichtlich nachprüfaren Bescheid bekannt gegeben.

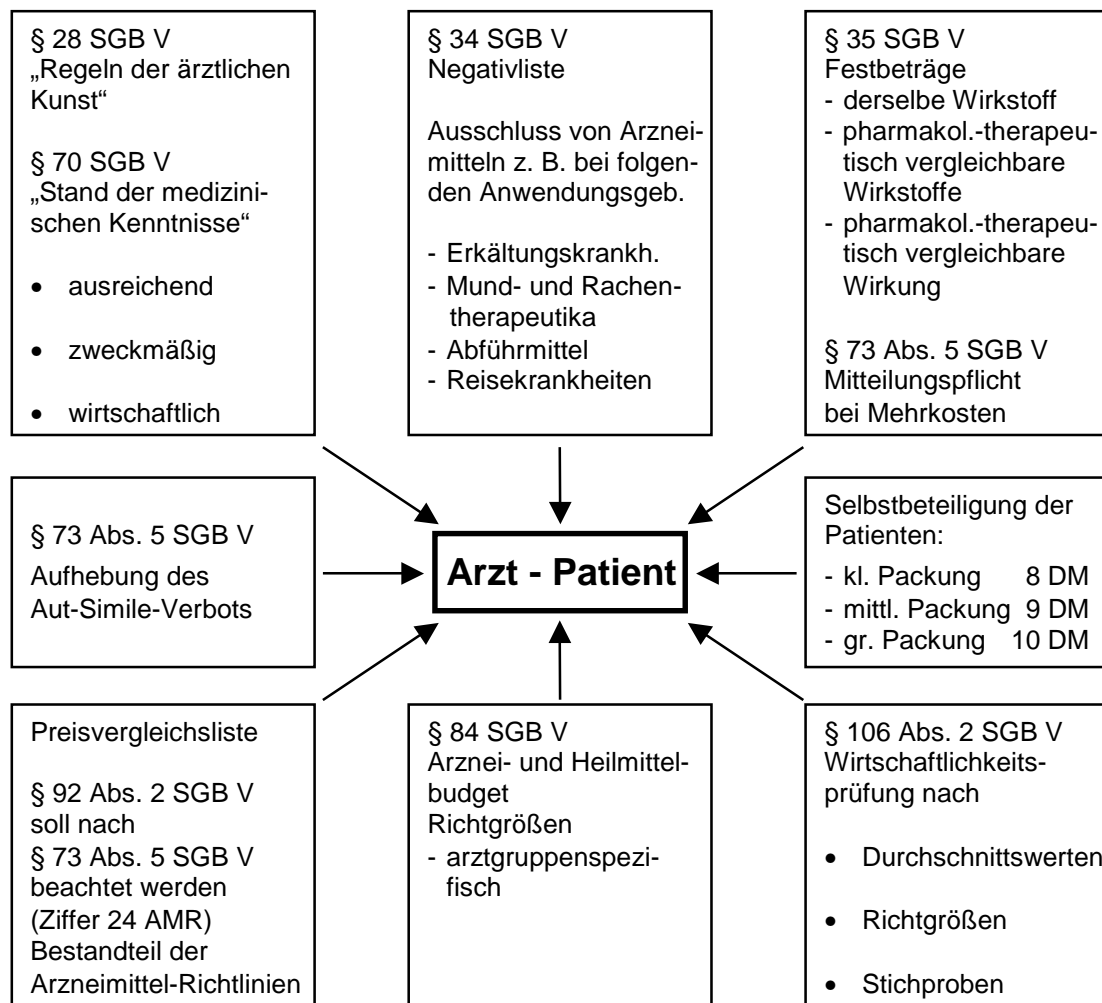
Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist das Regulativ außerhalb des Arzt/Patientenverhältnisses für die Abgabe medizinischer Leistungen an den Versicherten nach dem

Sachleistungsprinzip. Der Arzt, der seine Patienten medizinisch möglichst gut versorgen möchte und andererseits zu berücksichtigen hat, dass wegen der begrenzten Mittel in der gesetzlichen Krankenversicherung seine Leistungen für die Krankenkassen wirtschaftlich zu erbringen sind, steht damit in einem Spannungsverhältnis, das in Abbildung 10 wiedergegeben wird.

In den Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfungen entscheiden der Prüfungsausschuss als Ausgangsbehörde und der Beschwerdeausschuss als Widerspruchsbehörde (§ 106 Abs. 4 SGB V). Beiden Ausschüssen gehören weisungsungebundene Vertreter der Ärzte und Krankenkassen in gleicher Zahl an, die von den jeweiligen Körperschaften bestellt und abberufen werden. Das Prüfungsverfahren wird von Amts wegen durch den Prüfungsausschuss eröffnet (§ 106 Abs. 5 SGB V).

**Merke:** Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist das Regulativ außerhalb des Arzt/Patientenverhältnisses für die Abgabe medizinischer Leistungen an den Patienten nach dem Sachleistungsprinzip.

**Abbildung 10:** Arzt/Patientenverhältnis im Spannungsfeld gesetzlicher Regelungen



## **G ORGANISATION UND AUFGABEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN UND DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG\***

---

### **1 Organisation**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Pflichtmitgliedschaft. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden die Kassenärztliche Bundesvereinigung (§ 77 SGB V). Ordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind die zugelassenen Ärzte, außerordentliche Mitglieder die in das Arztregister eingetragenen und nicht zugelassenen Ärzte (§ 77 Abs. 3 SGB V). Die Selbstverwaltungsorgane der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind die Vertreterversammlung und der Vorstand (§ 79 Abs. 1 SGB V), in dem gemäß § 80 Abs. 1 a SGB V auch Psychotherapeuten vertreten sind.

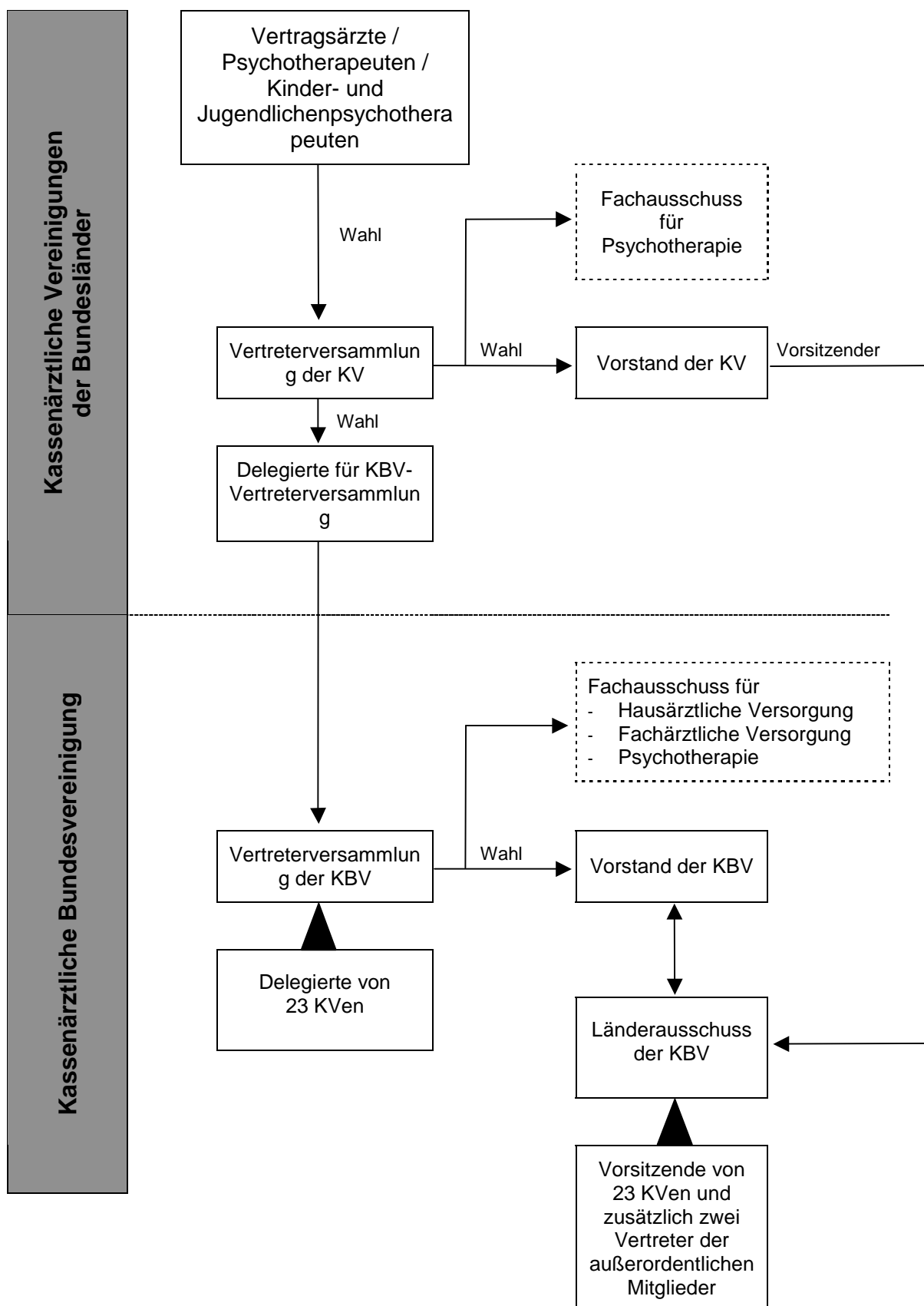
Die Aufsicht über die Kassenärztliche Bundesvereinigung führt der Bundesminister für Gesundheit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterliegen den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterliegen somit einer Rechtsaufsicht. Die Zweckmäßigkeit von getroffenen Selbstverwaltungsentscheidungen darf von den Aufsichtsbehörden durch Aufsichtsmaßnahmen nicht beanstandet werden.

Nach § 274 SGB V hat der Bundesminister für Gesundheit mindestens alle 5 Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu prüfen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterliegen der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführungsprüfung durch die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Diese Regelung ist durch das GSG eingeführt worden.

---

\* vgl. KBV-Fortbildungsheft Nr. 1 „Aufgaben und Organisation ärztlicher Körperschaften und Verbände“

**Abbildung 11:** Organisation der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung



## **2 Aufgaben**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen nehmen eine Doppelfunktion wahr. Sie haben die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen und bestimmter Versorgungsberechtigter sicherzustellen und als genossenschaftlicher Zusammenschluss der Vertragsärzte deren wirtschaftliche und berufliche Interessen im Verhältnis zu den Krankenkassen zu wahren.

### **2.1 Interessenvertretung**

Die Interessen der freiberuflichen Vertragsärzte, insbesondere auf angemessene Vergütung ihrer Leistungen, werden auf Bundesebene durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung beim Abschluss von Verträgen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen - soweit der Vertragsabschluss bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung liegt - durch die Mitarbeit in der Konzertierte Aktion (§ 141 SGB V), durch Empfehlungen für die angemessene Veränderung der Gesamtvergütung (§ 86 SGB V) sowie durch Mitarbeit von Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Ausschüssen der gemeinsamen Selbstverwaltung (z. B. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, Bundesschiedsamt, Bewertungsausschuss) wahrgenommen.

Auf Landesebene nehmen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Interessen der Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen beim Abschluss von Gesamtverträgen und Prüfvereinbarungen sowie durch Mitarbeit in den Ausschüssen der gemeinsamen Selbstverwaltung (z. B. Zulassungsausschüsse, Prüfinstanzen, Schiedsämter, Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen) wahr.

Die Verpflichtung zur Vertretung der Interessen und der Rechte der Ärzte bezieht sich auch auf die Vertretung gegenüber den Aufsichtsbehörden und in den Gesetzgebungsverfahren. Sie hat sich dabei am Gesamtinteresse der Vertragsärzteschaft zu orientieren; die wirtschaftlichen Interessen eines einzelnen Vertragsarztes sind dabei nicht isoliert wahrzunehmen. Der einzelne Vertragsarzt kann sich in allen Fragen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit beraten lassen, dies beginnt bei der Niederlassung bis zur Aufklärung in Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsfragen.

Neben der Interessenwahrnehmung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts gesetzlich übertragene öffentliche Aufgaben durchzuführen. Zu einem Kernstück des Vertragsarztrechts gehört der Sicherstellungsauftrag. Der Inhalt und der Umfang des Sicherstellungsauftrages ist in § 75 SGB V geregelt.

### **2.2 Sicherstellungsauftrag**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben gegenüber den Krankenkassen die Gewähr für eine den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entsprechende ambulante Versorgung übernommen. Die Sicherstellung umfasst einen ausreichenden Notfalldienst (vornehmlich in den Notfalldienstordnungen geregelt).

Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gehören auch die Niederlassungsberatung, die vertragsärztliche Fortbildung und die Qualitätssicherung. Der Gesetzgeber hat den Aufgabenbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen auf den Kreis der ärztlichen Versorgung der Heilfürsorgeberechtigten (Bundeswehr, Zivildienstleistende, Bundesgrenzschutz, Polizei) und (subsidiär) auf die Versorgung von Insassen der Justizvollzugsanstalten erweitert. Weitere Aufgaben können übernommen werden.

### **2.3 Gewährleistungsauftrag**

Der in § 75 Abs. 1 SGB V verankerte Gewährleistungsauftrag, der sich aus dem Sicherstellungsauftrag ergibt, umfasst die Überwachung der ordnungsgemäßen Leistungserbringung und Abrechnung sowie des allgemeinen Verhaltens der Vertragsärzte. Gegenstand der Gewährleistungspflicht ist eine wahrheitsgemäße und ordnungsgemäße Abrechnung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die von den Ärzten vorgelegten Abrechnungen der Leistungen auf ihre sachlich-rechnerische Richtigkeit und berichtigen bei Beanstandungen die Honorarforderungen des Arztes.

### **2.4 Disziplinarmaßnahmen**

Die Wahrnehmung der Rechte der Vertragsärzte führt auf der anderen Seite zu der Befugnis, bei der Verletzung vertragsärztlicher Pflichten disziplinarisch gegen die Ärzte vorzugehen. Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen Mitglieder regeln, die ihre vertragsärztlichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen (§ 81 Abs. 5 SGB V). Als Disziplinarmaßnahmen kommen in Betracht:

- Verwarnung,
- Verweis,
- Geldbuße,
- Anordnung des Ruhens der Zulassung bis zu 2 Jahren.

Zuständig ist der Disziplinarausschuss.

Die Befugnis zur Verhängung einer Disziplinarmaßnahme richtet sich gegen die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie auch auf ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen.

Vor Verhängung einer Disziplinarmaßnahme ist zu prüfen, ob die Entziehung der Zulassung wegen gröblicher Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten in Betracht kommt (§§ 95 Abs. 6 SGB V, 27 Ärzte-ZV). Zuständig hierfür ist der Zulassungsausschuss.

Die Verhängung einer Disziplinarmaßnahme setzt die schuldhaftige Verletzung einer vertragsärztlichen Pflicht voraus, wobei die Verletzung in einem aktiven Tun oder in

einem pflichtwidrigen Unterlassen bestehen kann. Als Pflichtverletzung kommen insbesondere fortgesetzte Verstöße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, die Verweigerung der Teilnahme am Notfalldienst, Verstöße gegen administrative Pflichten, die Abrechnung nicht persönlich erbrachter Leistungen oder Abrechnungsmanipulationen in Betracht. Es muss allerdings ein Zusammenhang zwischen der Pflichtverletzung und der vertragsärztlichen Tätigkeit bestehen; verletzt der Arzt seine allgemeinen ärztlichen Berufspflichten, kommt ein Disziplinarverfahren nicht in Betracht. In diesem Fall kann aber die Ärztekammer ein berufsgerichtliches Verfahren gegen den Arzt einleiten.

Gegen Disziplinarbescheide kann direkt Klage vor dem Sozialgericht erhoben werden. Ein Vorverfahren im Sinne des § 78 SGG findet nicht statt.

**Merke:** Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben auf der einen Seite die Rechte der Vertragsärzte wahrzunehmen, auf der anderen Seite zur Erfüllung vertragsärztlicher Pflichten die Disziplinarhoheit auszuüben.

## LITERATURVERZEICHNIS

---

Handbuch des Kassenarztrechts (Günther Schneider, Carl Heymanns Verlag)

Das neue Kassenarztrecht (Michael Jörg, Verlag C. A. Beck)

Sozialversicherungsrecht (Kasseler Kommentar, Verlag C. A. Beck)

Handbuch für den Vertragsarzt (Krimmel/Schirmer, Deutscher Ärzteverlag)

Handbuch des Arztrechts (Laufs/Uhlenbruck, Verlag C. A. Beck)

Handlexikon für den Vertragsarzt (Liebold, Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG, Sankt Augustin)

KBV-Fortbildung, Heft Nr. 1 "Aufgaben und Organisation ärztlicher Körperschaften und Verbände" (Rainer Hess, Ingrid Quasdorf, KBV)

## FRAGEN ZUR SELBSTKONTROLLE

---

1. Nennen Sie die gesetzlichen Grundlagen, auf denen das Vertragsarztrecht beruht!
2. Skizzieren Sie die geschichtliche Entwicklung des Vertragsarztrechts!
3. Beschreiben Sie anhand des Beziehungsvierecks die Rechtsverhältnisse zwischen den Beteiligten im Vertragsarztrecht!
4. Nennen Sie die Voraussetzungen und die Möglichkeiten, um an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen!
5. Nennen Sie einige Rechte und Pflichten des Vertragsarztes!
6. Erklären Sie den Begriff „Gesamtvergütung“!
7. Nach welchen Vergütungsformen kann die Gesamtvergütung berechnet werden?
8. Welchen Prüfungen unterliegt die Quartalsabrechnung des Vertragsarztes?
9. Beschreiben Sie den Sinn der Wirtschaftlichkeitsprüfung!
10. Welche Aufgaben nimmt die Kassenärztliche Vereinigung wahr?

## ÜBERSICHT DER BEREITS ERSCHIENENEN KBV-FORTBILDUNGSHEFTE

---

(Stand: Januar 2001)

- Heft 1      Aufgaben und Organisation ärztlicher Körperschaften und Verbände  
Autoren: Dr. jur. R. Hess  
            Dipl. oec. I. Quasdorf  
Stand:      1998
- Heft 2      Die gesetzliche Krankenversicherung  
Autor:      Dipl.-Vwt. D. Herles  
Stand:      2000
- Heft 3      Einführung in das Vertragsarztrecht  
Autor:      Ass. B. Berner  
Stand:      2000
- Heft 4      Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung  
Autoren: F.-E. Overmeyer, Syndikus i. R.  
            Ass. B. Schulz-Dusenschön  
            M. Diehl  
Stand:      2000
- Heft 6      Die Gesamtverträge einschließlich Gesamtvergütung  
Autoren: A. Boßmann  
            Dr. rer. pol. T. Zalewski  
Stand:      2000
- Heft 8      Grundbegriffe des Verwaltungsrechts  
Autor:      Ass. B. Schulz-Dusenschön  
Stand:      2000
- Heft 10     Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen  
Autoren: Dr. rer. oec. K. Kamke  
            Dr. med. D. Hutzler  
Stand:      1998

Heft 11      Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung  
Autoren:    Dr. rer. soc. T. Kriedel  
                 G. Rengel  
Stand:       1999

Heft 12      Die vertragsärztliche Abrechnung einschließlich der  
Honorarverteilung  
Autor:       U. Sydow  
Stand:       1999