



**KBV**

# FORTBILDUNG

Zentrale Mitarbeiterfortbildung  
der **K**assenärztlichen **B**undes**v**ereinigung



*Einführung  
in das  
Vertragsarztrecht*

*Stand: 2014*



**3**



# Einführung in das Vertragsarztrecht

**Autorin:** Ass. jur. Barbara Berner

**Stand:** Januar 2014

Assessorin Barbara Berner  
Senior-Referentin  
Rechtsabteilung  
Kassenärztliche Bundesvereinigung

Begründet von:  
Dr. jur. Rainer Hess  
Ehemaliger Unparteiischer Vorsitzender  
des Gemeinsamen Bundesausschusses

**Kontakt über:**  
Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Referat KBV-Akademie  
Postfach 12 02 64  
10592 Berlin

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>6</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>8</b>
<b>Lernziele</b>	<b>9</b>
<b>1 Gesetzliche Grundlagen</b>	<b>10</b>
1.1 Vom Kassenarztrecht zum Vertragsarztrecht	10
1.2 Gemeinsame Selbstverwaltung	10
1.3 Gemeinsamer Bundesausschuss	11
1.4 Patientenbeteiligung	12
1.5 Normenhierarchie	12
<b>2 Geschichtliche Entwicklung</b>	<b>14</b>
2.1 Geschichte des Kassenarztrechts	14
2.2 Gesetz über das Kassenarztrecht	16
2.3 Die Gesetzgebung im Kassenarztrecht	17
2.4 Die unterschiedliche Entwicklung der Krankenversicherung bis zur deutschen Einigung	19
<b>3 Systematische Einordnung</b>	<b>22</b>
3.1 Sachleistungsprinzip	22
3.2 Grundsatz der Freiberuflichkeit im Vertragsarztrecht	22
3.3 Vertragliche Beziehungen der Krankenkassen zu Ärzten	22
3.4 Eigeneinrichtungen	23
3.5 Kollektivvertragssystem und Selektivvertragssystem	23
3.6 Eingliederung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das System der vertragsärztlichen Versorgung	24
3.7 Medizinische Versorgungszentren	25
<b>4 Vertragsärztliche Versorgung</b>	<b>27</b>

4.1	Rechtsverhältnis Vertragsarzt/Versicherter	27
4.2	Umfang der vertragsärztlichen Versorgung	29
4.2.1	Hausärztliche und fachärztliche Tätigkeit	29
4.2.2	Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung	29
4.3	Verzahnung ambulant und stationär	30
4.4	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)	31
4.5	Hausarztzentrierte Versorgung	31
4.6	Besondere ambulante ärztliche Versorgung	32
4.7	Integrierte Versorgung	32
<b>5</b>	<b>Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung</b>	<b>33</b>
5.1	Zulassung	33
5.1.1	Zulassung für ein Fachgebiet und Vertragsarztsitz	34
5.1.2	Vertragsarztsitz und Zweigpraxis	35
5.2	Gemeinsame Berufsausübung § 98 Abs. 2 Nr. 13a SGB V, § 33 Ärzte-ZV	35
5.3	Zulassungsbeschränkungen	36
5.4	Praxisnachfolge	37
5.5	Ausnahmeregelungen	38
5.5.1	Sonderbedarf	38
5.5.2	Job-Sharing (vinkulierte Zulassung)	38
5.5.3	Besetzung von Belegarztstellen	39
5.6	Zulassungsausschuss/Berufungsausschuss/Landesausschuss	39
5.6.1	Zulassungsausschuss	39
5.6.2	Berufungsausschuss	39
5.6.3	Landesausschuss	40
5.7	Angestellte Ärzte bei Vertragsärzten	42
5.8	Angestellte Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren	43
5.9	Ermächtigung	44

5.10	Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung	46
5.11	Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V	46
5.12	Rechte und Pflichten des Vertragsarztes	46
5.12.1	Einzelne Rechte des Vertragsarztes	46
5.12.2	Einzelne Pflichten des Vertragsarztes	47
5.12.3	Persönliche Leistungserbringung	47
5.12.4	Fortbildungspflicht	47
<b>6</b>	<b>Vergütung</b>	<b>49</b>
6.1	Honoraranspruch	49
6.1.1	Gesamtvergütung	49
6.1.2	Honorarverteilungsmaßstab	50
6.1.3	Neuordnung der Vergütung seit 2009	51
6.2	Abrechnungsprüfung	52
6.3	Wirtschaftlichkeitsgebot und Wirtschaftlichkeitsprüfung	52
<b>7</b>	<b>Organisation und Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung</b>	<b>55</b>
7.1	Organisation	55
7.2	Aufgaben	57
7.2.1	Interessenvertretung	57
7.2.2	Sicherstellungsauftrag	58
7.2.3	Gewährleistungsauftrag	59
7.2.4	Disziplinarmaßnahmen	59
7.2.5	Korruptionsbekämpfungseinrichtungen	60
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>61</b>
	<b>Fragen zur Selbstkontrolle</b>	<b>62</b>
	<b>Schlagwortverzeichnis</b>	<b>63</b>
	<b>Übersicht der bereits erschienenen KBV-Fortbildungshefte</b>	<b>65</b>

## Abkürzungsverzeichnis

Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
ASV	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
AMR	Arzneimittel-Richtlinien
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag/Ärzte
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Bundesverfassungsgerichtsentscheidung
d. h.	das heißt
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
gem.	gemäß
GG	Grundgesetz
GKVOrgWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GRG	Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz)
GSG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz)

---

HVM	Honorarverteilungsmaßstab
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
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
NOG	Neuordnungsgesetz
Psych-EntG	Psychiatrie-Entgeltgesetz
RLV	Regelleistungsvolumen
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
u. a.	unter anderen/m
UV-GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte der Gesetzlichen Unfallversicherung
V	Verordnung
v. H.	vom Hundert
z. B.	zum Beispiel

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Normenhierarchie im Vertragsarztrecht	13
Abbildung 2:	Die Rechtslage vor 1883	14
Abbildung 3:	Die Rechtslage von 1883 bis 1931	15
Abbildung 4:	Die Rechtslage ab 1931	16
Abbildung 5:	Die rechtlichen Beziehungen zwischen Vertragsärzten, KVen sowie Patienten (Versicherte) und Krankenkassen	28
Abbildung 6:	Übersicht über die Zulassungsausschüsse und Landesausschüsse (ohne Gremien nach § 90a SGB V) erstellt von S. John, B. Berner, KBV	40
Abbildung 7:	Zulassung	41
Abbildung 8:	Ermächtigung	45
Abbildung 9:	Angestellter Praxisarzt	48
Abbildung 10:	Arzt-/Patientenverhältnis im Spannungsfeld gesetzlicher Regelungen	54
Abbildung 11:	Organisation der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ab 01.01.2005	56

## Lernziele

Wenn Sie dieses Fortbildungsheft durchgearbeitet haben, sollten Sie

- einen Überblick geben können über das Vertragsarztrecht als ein umfassendes, ineinandergreifendes öffentlich-rechtliches Regelwerk, auf dem die Rechtsbeziehungen zwischen Vertragsärzten und Krankenkassen basieren.
- die gesetzlichen Grundlagen, das Tätigwerden als Vertragsarzt oder als angestellter Arzt, das Zulassungsverfahren, die Pflichten eines Vertragsarztes und die Grundzüge des vertragsärztlichen Vergütungssystems in den Grundzügen darstellen können.
- Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung benennen und erklären können.

# 1 Gesetzliche Grundlagen

## 1.1 Vom Kassenarztrecht zum Vertragsarztrecht

Das Kassenarztrecht, das seit 1993 Vertragsarztrecht genannt wird, regelt die Rechtsbeziehungen der gesetzlichen Krankenkassen zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, sowie teilweise zu den Krankenhäusern.

Das Vertragsarztrecht war früher Regelungsgegenstand der Reichsversicherungsordnung (RVO) und bestand dort in seinen Anfängen aus einem Satz: „Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten werden in einem schriftlichen Vertrag geregelt“ (§ 368 RVO). Seit 1989 ist es mit Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) kodifiziert.

Im Vierten Kapitel des SGB V „Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern<sup>1</sup>“ ist der hauptsächliche Teil des Vertragsarztrechts geregelt. Außerhalb dieser gesetzlichen Bestimmungen finden sich viele Vorschriften des Vertragsarztrechts auf der Grundlage von Regelungen im SGB V in Verordnungen, Richtlinien, Verträgen und Satzungen. Diese öffentlich-rechtlichen Normen regeln das Zusammenwirken zwischen Krankenkassen und Ärzten zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen. Zu den gesetzlichen Krankenkassen zählen die Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Krankenversicherung sowie die Ersatzkassen (vgl. KBV-Fortbildung Heft 2 „Die gesetzliche Krankenversicherung“). Diese bilden gemeinsam seit 01.07.2007 den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, genannt GKV-Spitzenverband, der auf Bundesebene Vertragspartner der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist.

## 1.2 Gemeinsame Selbstverwaltung

Das SGB V enthält die „Basisregelungen“ des Vertragsarztrechts und sieht Ermächtigungen an den Bundesminister für Gesundheit zum Erlass von Rechtsverordnungen (z. B. Zulassungsverordnung, Schiedsamtverordnung) sowie die Vereinbarung von Verträgen und den Beschluss von Richtlinien vor, die den Inhalt der vertragsärztlichen Versorgung regeln. Geprägt ist das Vertragsarztrecht vom Gedanken der Selbstverwaltung, d. h. wesentliche Inhalte werden in Gremien vereinbart, die paritätisch mit Ärztevertretern und Krankenkassenvertretern (z. B. Gemeinsamer Bundesausschuss, Zulassungsausschuss, Landesausschuss, Bewertungsausschuss) besetzt sind.

Auf Bundesebene vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband nach § 82 SGB V den Inhalt des **Bundemantelvertrages**, der

<sup>1</sup> Im Nachfolgenden wird die gesetzliche Bezeichnung „Leistungserbringer“ durch Ärzte ersetzt. Von dem Begriff Ärzte sind Ärzte und Ärztinnen erfasst. Die Darstellungen gelten auch für Vertragspsychotherapeuten und Vertragspsychotherapeutinnen, Abweichungen sind ausdrücklich erwähnt.

Bestandteil der Gesamtverträge ist. Auf Landesebene schließen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen die **Gesamtverträge** ab. Diese vertraglichen Bestimmungen, die weitere Inhalte der vertragsärztlichen Versorgung bestimmen, sind für den Vertragsarzt verbindlich (§ 95 Abs. 3 Satz 3 SGB V).

### 1.3 Gemeinsamer Bundesausschuss

Die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V. Der **Gemeinsame Bundesausschuss** wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband gebildet. Er ist nach § 91 Abs. 1 Satz 2 SGB V eine juristische Person des öffentlichen Rechts.

Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus Vertretern der Vertragsärzteschaft, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellt werden, aus Vertretern der Krankenkassen sowie aus Vertretern der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die jeweils von ihren Spitzenorganisationen vorgeschlagen werden sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern.

Die Neutralität der Unparteiischen ist durch das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG 2011) dahingehend gestärkt worden, dass diese künftig nicht mehr aus dem Kreis der Trägerorganisationen und ihrer Mitglieder kommen dürfen oder bei diesen ein Jahr vor Berufung beschäftigt waren. Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages kann die von den Trägerorganisationen vorgeschlagenen Mitglieder und deren Stellvertreter anhören und ihrer Berufung widersprechen, wenn er die Unabhängigkeit oder Unparteilichkeit nicht als gewährleistet ansieht. Die Amtsperiode dieser Mitglieder beträgt sechs Jahre.

Seit der Entscheidung des Bundessozialgerichts<sup>2</sup> vom 20.03.1996 ist höchstrichterlich festgestellt worden, dass die Richtlinien, die den Leistungskatalog für mehr als 70 Millionen Versicherte enthalten und bestimmen, welche Leistungen der medizinischen Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen, gegenüber Vertragsärzten, Versicherten und Krankenkassen als untergesetzliche Normen verbindlich sind. Da die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses auch im Hinblick auf Dritte z. B. bei der Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege, Rehabilitation, Soziotherapie, ambulanter Palliativversorgung, ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Verordnung von Krankentransport Auswirkungen haben, sind die maßgeblichen Organisationen zu beteiligen. Weiterhin ist bei Beschlüssen, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten oder Zahnärzte berührt, der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern auf Bundesebene (Bundesärztekammer, Bundes-

---

2 BSG vom 20.03.1996 Az.: 6 RKA 62/94

psychotherapeutenkammer, Bundeszahnärztekammer) Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Dies gilt auch für Dritte, die von einem Richtlinieninhalt berührt sein könnten. Mit dieser Verfahrensbeteiligung soll gewährleistet werden, dass spezifische Sachkenntnis im Gemeinsamen Bundesausschuss vertreten ist (§ 91 Abs. 9 SGB V). Bei der Bedarfsplanungs-Richtlinie erhalten die Länder ein Mitberatungsrecht. Bei Richtlinien, die die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln oder voraussetzen (z. B. bei der sektorübergreifenden Qualitätssicherung), ist dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und die Stellungnahme ist in die Entscheidung einzubeziehen. Die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung regeln das Nähere. Die Rechtsaufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien sind diesem vorzulegen. Das BMG kann die Beschlüsse innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Veröffentlicht werden die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses im Bundesanzeiger.

Weitere Einzelheiten zum Gemeinsamen Bundesausschuss<sup>3</sup> und seiner Arbeitsweise und den geltenden Richtlinien können auf der Homepage [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) eingesehen werden.

#### 1.4 Patientenbeteiligung

Durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) ist den Patienten- und Behindertenverbänden einschließlich Selbsthilfegruppen ein Antrags- und Mitberatungsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss eingeräumt worden. Sie sind jedoch nicht stimmberechtigt. Einzelheiten zur Auswahl der Organisationen, die Vertreter entsenden, ergeben sich aus der Verordnung zur Beteiligung von Patientinnen und Patienten in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Patientenbeteiligungsverordnung.

#### 1.5 Normenhierarchie

Nach den Normsetzungsverträgen und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses stehen unterhalb der Normenhierarchie die **Satzungen**.

Die §§ 79, 81 SGB V sind die Rechtsgrundlagen für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung zum Erlass von Satzungen. Die Satzungen enthalten neben den Bestimmungen in den eigenen Angelegenheiten, z. B. Name, Bezirk und Sitz der KV oder Zusammensetzung der Vertreterversammlung, auch Regelungen über die Rechte und Pflichten der Ärzte, welche mit der Zulassung als Vertragsarzt oder der Genehmigung als mindestens halbtags angestellter Arzt bei einem Vertragsarzt oder in einem medizinischen Versorgungszentrum Mitglied

---

<sup>3</sup> Siehe hierzu auch KBV-Fortbildung, Heft 10 „Der Gemeinsame Bundesausschuss und seine Richtlinien zur vertragsärztlichen Versorgung“.

bei der Kassenärztlichen Vereinigung werden. § 194 SGB V regelt das Satzungsrecht der Krankenkassen.

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

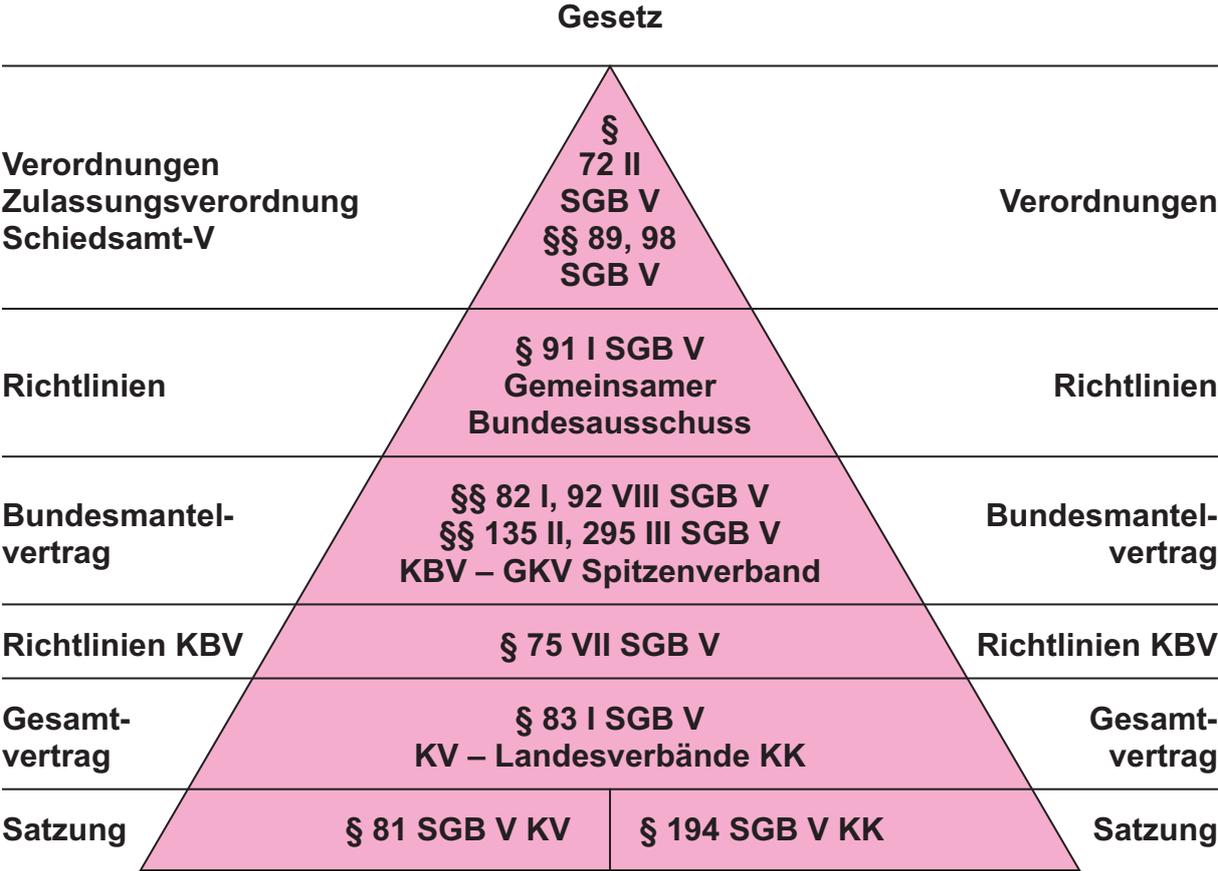


Abbildung 1: Normenhierarchie im Vertragsarztrecht

## 2 Geschichtliche Entwicklung

### 2.1 Geschichte des Kassenarztrechts

Das SGB V ist die erste systematische Überarbeitung und Erneuerung des Krankenversicherungsrechts seit der Zusammenfassung zahlreicher Einzelgesetze in der Reichsversicherungsordnung (RVO) vom 19.07.1911. Deren Krankenversicherungsteil im Zweiten Buch (§§ 165ff. RVO) wurde seit seinem Inkrafttreten am 01.01.1914 durch hunderte von Einzelgesetzen geändert und ergänzt.

Die bewegte Geschichte des Kassenarztrechts beginnt mit der reichsgesetzlichen Krankenversicherung, welche durch das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter (KVG) vom 15.06.1883 eingeführt wurde und auf die Bismarcksche Sozialpolitik zurückzuführen ist.

Zum Thema Gesetze hat Otto von Bismarck (deutscher Reichskanzler von 1871–1890) Folgendes gesagt:

„Gesetze sind wie Würste. Man sollte besser nicht dabei sein, wenn sie gemacht werden. Je weniger die Leute davon wissen, wie Würste und Gesetze gemacht werden, desto besser schlafen sie.“

Ob dies besonders für die nachfolgend dargestellte Sozialgesetzgebung gilt, mag jeder selbst beurteilen.

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.

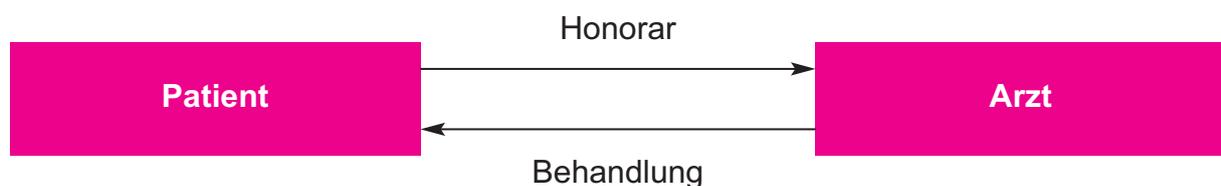


Abbildung 2: Die Rechtslage vor 1883

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).

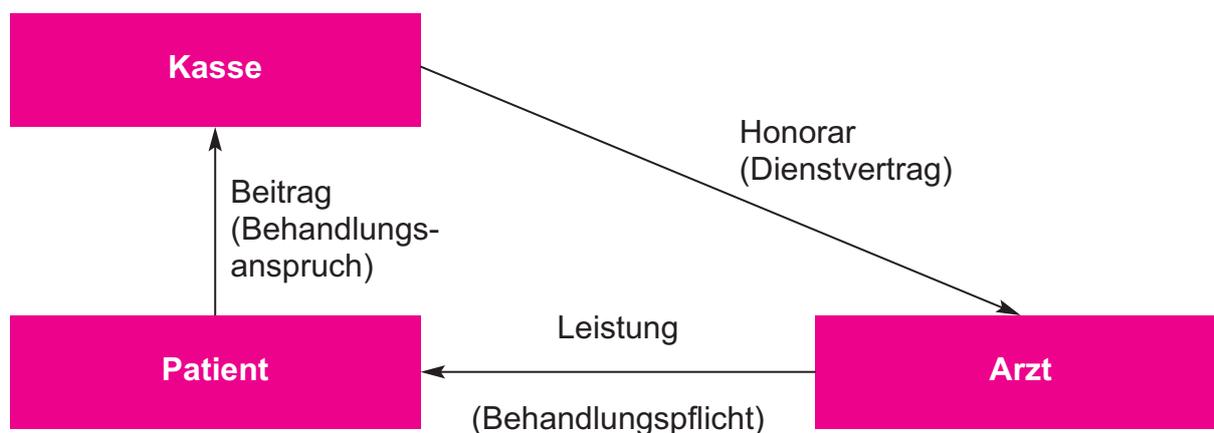


Abbildung 3: Die Rechtslage von 1883 bis 1931

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 Versichertenzahl) 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 des Reichspräsidenten vom 08.12.1931 und die Verordnung über die Kassenärztliche Versorgung vom 14.01.1932 eröffnet. Angeordnet wurde der Zusammenschluss der zu den Kassen zugelassenen Ärzte zu Kassenärztlichen Vereinigungen, die den Rechtsstatus von Körperschaften öffentlichen Rechts erhielten. An diese entrichteten die Krankenkassen eine nach Zahl der Mitglieder berechnete Gesamtvergütung, die von der Kassen-

ärztlichen Vereinigung dann an die Ärzte verteilt wurde. 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 und das Kollektivvertragssystem.

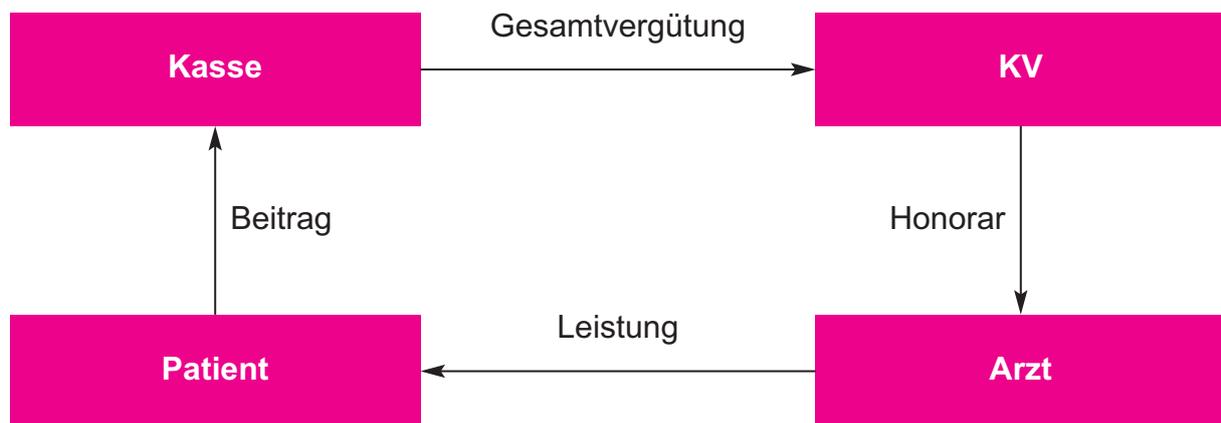


Abbildung 4: Die Rechtslage ab 1931

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.

## 2.2 Gesetz über das Kassenarztrecht

Das Gesetz über das Kassenarztrecht vom 17.08.1955 führte dazu, dass sich die Institutionen und Gremien des Vertragsarztrechts in ihrer bis heute fast unveränderten Form konstituierten. Die Zulassungsverordnungen wurden 1957 erlassen. Im gleichen Jahr wurde eine Schiedsamsordnung verfügt. Zudem wurde mit dem Gesetz über das Kassenarztrecht der Sicherstellungsauftrag in der Reichsversicherungsordnung verankert, der folgenden Wortlaut hatte:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die nach § 182 den Krankenkassen obliegende ärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.“ (§ 368n Abs. 1 Satz 1 RVO). Diese Regelung entspricht der heutigen Vorschrift in § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Das Gesetz über das Kassenarztrecht hielt auch an einer Beschränkung der Zulassung der Ärzte 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.<sup>4</sup>

Dieses Kassenarzturteil des Bundesverfassungsgerichts 1960 hat in Anbetracht der Regelungen, die das Gesundheitsstrukturgesetz 1992 mit verschärften Bedarfsplanungsregelungen und Zulassungsbestimmungen eingeführt hat, Aktualität erlangt. Das Bundesverfassungsgericht hat es mit Beschluss vom 27.04.2001<sup>5</sup> abgelehnt, die gesetzlichen Bestimmungen im Hinblick auf die wirtschaftliche Stabilität des Krankenversicherungssystems außer Kraft zu setzen. Auch das Bundessozialgericht<sup>6</sup> hat entschieden, dass die Zulassungsbeschränkungen rechtmäßige Berufsausübungsregelungen darstellen und nicht gegen Art. 12 GG verstoßen, da ihnen ausreichende Erwägungen des Gemeinwohls zu Grunde liegen.

### 2.3 Die Gesetzgebung im Kassenarztrecht

Infolge der Zulassungsfreiheit und Niederlassungsmöglichkeiten wurden in den siebziger Jahren viele Praxen vorwiegend in Städten eröffnet, so dass in ländlichen Gebieten Unterversorgung drohte. Das **Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz** (KVWG) vom 28.12.1976 schaffte ein Planungs- und Sicherstellungsinstrumentarium, um einer Unterversorgung in betroffenen Zulassungsbezirken entgegenzuwirken.

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

Zu nennen sind hier:

- das Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung – **Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz** – (KVKG vom 27.06.1977), das als Neuerung die Konzentrierte 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),

4 BVerfG vom 23.03.1960 – Az.:1 BvR 216/51 NJW 1960 S. 715

5 BVerfG vom 27.04.2001 – Az.: 1 BvR 1282/99

6 BSG vom 18.03.1998 – Az.: B 6KA 78/96R

- das **Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung** (Gesundheitsstrukturgesetz **GSG** vom **21.12.1992**) hatte als wesentliches Motiv die **Stabilisierung** der Beitragssätze. Dieses Gesetz beinhaltete als strukturelle Erneuerungen die Steuerung der Arztzahlen durch verschärfte Bedarfsplanung und Zulassungsbegrenzungen und die Bindung von Ausgabenbereichen an die Einnahmeentwicklung für eine Übergangszeit (Budgetierung).

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 am 01.11.1996 das **Beitragsentlastungsgesetz** in Kraft getreten, welches insbesondere Leistungseinschränkungen für die Versicherten (z. B. erhöhte Zuzahlung zu Arzneimitteln) sowie eine gesetzliche Verminderung der Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung beinhaltete.

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 23.06.1997 (**1. GKV-Neuordnungsgesetz**) sah im Wesentlichen Beitragssatzregelungen der Krankenkassen vor.

Das Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23.06.1997 (**2. GKV-Neuordnungsgesetz**) führte die Elemente Modellvorhaben und Strukturverträge (besondere Versorgungsverträge mit Gruppen von Ärzten, unter Einbeziehung der KV) ein.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (**GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz**) vom 19.12.1998 sind strenge Budgetregelungen bei der Gesamtvergütung und bei Arznei- und Heilmitteln verabschiedet worden.

Das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (**GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000**) vom 22.12.1999 und das Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.1999 führten die im GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz erwähnten Ziele, wie z. B. Stärkung der Solidarität und Stabilisierung der Finanzgrundlagen der Krankenkassen, fort.

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (**GKV-Modernisierungsgesetz – GMG**) vom 01.01.2004, welches in wesentlichen Teilen am 01.01.2004 in Kraft getreten ist, wird der Öffentlichkeit u. a. wegen der Einführung der 10 Euro Praxisgebühr in Erinnerung bleiben. Es führte zudem die selektivvertragliche Ebene und das medizinische Versorgungszentrum (MVZ) als neuen Leistungserbringertypus ein.

Systemverändernde Regelungen sind vom Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (**GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG**) vom 01.04.2007 konsequent weiterverfolgt worden. Besondere Schwerpunkte dieses Gesetzes waren z. B. die Versicherungspflicht für alle Versicherten, die Neuordnung der Finanzierung der GKV (Stichwort Gesundheitsfonds) sowie die Neugestaltung der Vergütung im ambulanten Bereich (Euro-Gebührenordnung) und Weiterentwicklung der wettbewerbsrechtlichen Elemente.

Mit dem Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (**Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG**) vom 01.01.2007 sind die Formen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (z. B. Anstellung von Ärzten, Berufsausübungsgemeinschaften/Teilgemeinschaftspraxen, Teilzulassung, Tätigkeit an verschiedenen Orten) erweitert worden. Mit dem **Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKVOrgWG** vom 01.01.2009 ist die Altersgrenze von 68 Jahren abgeschafft worden.

Die Flexibilisierung und Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung ist mit dem **Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG 2011)** fortgesetzt worden, nachdem mit dem **Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (KHRG)**, dem **Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften** vom 17.07.2009, dem **Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften** vom 24.07.2010, dem **Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung – AMNOG** vom 22.12.2010 sowie dem **Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FinG** vom 22.12.2010 die Ausgabenseite in der gesetzlichen Krankenversicherung im Vordergrund stand.

Mit dem **Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Versorgungs- oder Rehabilitationseinrichtungen** 2012 ist die Praxisgebühr von 10 Euro zum 01.01.2013 abgeschafft worden.

Das **Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten** (Patientenrechtegesetz 2013) regelt in acht neuen Paragraphen den Behandlungsvertrag und die daraus folgenden Rechte und Pflichten in § 630a ff. BGB.

## **2.4 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 18.05.1990 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 31.08.1990 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. Das **Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung** hat ab 01.01.2000 die für die neuen Länder geltenden besonderen Vorschriften (Übergangsregelungen in den §§ 308 bis 313 SGB V) in der gesetzlichen Krankenversicherung mit einigen Ausnahmen (§ 311 SGB V) aufgehoben.

Die Entwicklung des Vertragsarztrechts mit den entsprechenden Gesetzen lässt sich wie folgt darstellen:

<b>vor 1883</b>	Einzelvertragssystem
<b>1883</b>	Einzelvertragssystem mit Rahmenvertrag
<b>1913</b>	Verhältniszahlen
<b>1931/1932</b>	Kassenärztliche Selbstverwaltung Kollektivverträge
<b>nach 1933</b>	Zentralisierung
<b>1955</b>	Neuordnung des Kassenarztrechts
<b>1960</b>	Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen
<b>1976</b>	Bedarfsplanung „Unterversorgung“
<b>ab 1977</b>	Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik
<b>GRG 1988</b>	Qualität, Humanität, Wirtschaftlichkeit und Beitragssatzstabilität
<b>Einigungsvertrag 1990</b>	Herstellung der Einheit Deutschlands Inkrafttreten des SGB V in den neuen Bundesländern
<b>GSG 1992</b>	Strukturelle Eingriffe in die Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit ■ Bedarfsplanung „Übersorgung“
<b>1. GKV-NOG 1997</b>	Von der Ausgabenbudgetierung zur Einnahmenbegrenzung
<b>2. GKV-NOG 1997</b>	■ Strukturverträge ■ Neuorganisation des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen
<b>GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz 1998</b>	Ausgabenbegrenzung Einführung der Integrierten Versorgung
<b>GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000</b>	Förderung der hausärztlichen Tätigkeit, Stärkung von Patientenrechten und integrierte Versorgung

<b>GKV-Modernisierungsgesetz 2004</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Einführung der Selektivverträge</li> <li>■ Organisationsänderungen bei Krankenkassen</li> <li>■ Einführung MVZ</li> </ul>
<b>Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2007</b>	Flexibilisierung des Zulassungsrechts
<b>GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Neuorganisation Krankenkassen</li> <li>■ Euro-Gebührenordnung</li> <li>■ Gesundheitsfonds</li> </ul>
<b>Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKVOrgWG) 2009</b>	Abschaffung der Altergrenze von 68 Jahren
<b>Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung – (AMNOG) 2010</b>	Neuordnung Arzneimittelmarkt
<b>GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) 2011</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Neuordnung der Bedarfsplanung</li> <li>■ Aufhebung der Residenzpflicht</li> <li>■ Regionalisierung der Vergütung</li> </ul>
<b>Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs 2012</b>	Abschaffung der Praxisgebühr 2013
<b>Patientenrechtegesetz 2013</b>	Arztvertrag in BGB verankert

## 3 Systematische Einordnung

### 3.1 Sachleistungsprinzip

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

Anstelle der Sach- oder Dienstleistungen können Versicherte Kostenerstattung nach § 13 SGB V wählen. Hierüber ist die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistungen in Kenntnis zu setzen. Vor der Wahl hat der Arzt eine Informationspflicht dahingehend, dass die Kosten, die nicht von der Krankenkasse getragen werden, vom Versicherten selber zu tragen sind. Die Bindung an diese Wahlentscheidung beträgt mindestens ein Kalendervierteljahr.

### 3.2 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.<sup>7</sup> Allerdings wird diese freiberufliche Unabhängigkeit durch gesetzliche Rahmenbestimmungen, Verträge und Richtlinien eingeschränkt. Die sich stetig verschlechternde finanzielle Situation im Gesundheitswesen hat auch Folgen für das Arzt-Patienten-Verhältnis.<sup>8</sup>

### 3.3 Vertragliche Beziehungen der Krankenkassen zu Ärzten

Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten stehen unter dem Gebot der Qualität und Wirtschaftlichkeit. Es ist 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 Ärzten die Verpflichtung auf, in Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen die Beitragssatzstabilität zu beachten. Die Vorschrift ist Ausdruck einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik der GKV und bezieht damit auch die Ärzte in die Steuerung der Ausgaben mit ein<sup>9</sup>. Ausnahmen vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität sind für vorge-

7 BVerfG vom 23.03.1960 – Az.: 1 BVR 216/51

8 Zur Rolle des Vertragsarztes s. Wenner GesR 2009 S. 2009

9 Becker/Kingreen Kommentar zum SGB V § 71 Rz.19

schriebene Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und zusätzliche Leistungen, die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (§§ 137g, f SGB V) oder aufgrund einer Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V erbracht werden, gesetzlich zulässig. Unter die vom Gesetzgeber gewählte Bezeichnung „Leistungserbringer“ zählen die Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 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 Erbringer von Leistungen nach §§ 132 ff. SGB V (z. B. häusliche Krankenpflege).

Die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten sind öffentlich-rechtlich ausgestaltet und nicht privatrechtlicher Natur. Zuständig für Klagen sind die Sozialgerichte (§ 51 SGG).

### **3.4 Eigeneinrichtungen**

Die vertragsärztliche Versorgung wird in erster Linie durch niedergelassene Vertragsärzte sichergestellt. Eigeneinrichtungen sind nur in den vom Gesetz genannten Fällen und Umfang zulässig.

Eigeneinrichtungen der Krankenkassen sind im bestimmten Umfang möglich. Gemäß § 140 SGB V dürfen die Krankenkassen der Versorgung der Versicherten dienende Einrichtungen, die am 01.01.1990 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.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Eigeneinrichtungen in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten, in denen der Landesausschuss die Feststellung nach § 100 Abs. 1 und 3 SGB V getroffen hat, im Benehmen mit den Krankenkassen errichten.

Nach § 105 Abs. 5 SGB V können auch Kommunen mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen in begründeten Ausnahmefällen Eigeneinrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen betreiben. Ein solcher Ausnahmefall soll nach dem Willen des Gesetzgebers dann vorliegen, wenn die Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Die Eigeneinrichtung wird vom Zulassungsausschuss ermächtigt und die Ärzte wie in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellt.

### **3.5 Kollektivvertragssystem und Selektivvertragssystem**

Im Kollektivvertragssystem schließen die Partner der Selbstverwaltung – Ärzte und Krankenkassen als Verbände – Verträge ab, die für die jeweiligen Mitglieder verbindlich sind. Im Verhältnis zu diesen wirken die Verträge wie Rechtsnormen, sie binden

die Ärzte und Institutionen und gelten unabhängig von deren Zustimmung. Außerhalb des Vertragsarztrechtes sind solche normativ geltenden Verträge noch im Tarifrrecht bekannt. Seine Existenz verdankt das Kollektivvertragssystem der in den 1920er Jahren erhobenen Forderung der Ärzte, die Einzelverträge zugunsten von Kollektivverträgen abzulösen, um sich so aus der für sie existenzbedrohenden Abhängigkeit von Krankenkassen zu befreien. Mit dem GKV-WSG hat der Gesetzgeber sich der sich ändernden Rahmenbedingungen angenommen und die Möglichkeit geschaffen, auch Einzelverträge, z. B. Hausarztverträge, mit einzelnen Krankenkassen schließen zu können (Selektivvertragssystem). Der Vertragsabschluss steht dabei den Vertragspartnern frei, die Krankenkassen haben solche Verträge auszuschreiben.

### **3.6 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 Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16.06.1998 (BGBl. I S. 1311 ff.) ist der Beruf des nichtärztlichen oder des Psychologischen Psychotherapeuten und auch des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung integriert worden. Das früher geltende sogenannte Delegationsverfahren, eine Form der Zusammenarbeit von Arzt und nichtärztlichem Therapeuten, der für Teilabschnitte der Dauerbehandlung hinzugezogen worden ist, ist damit abgeschafft worden. Der Patient hat das Recht, den Psychotherapeuten 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 vertragsarztrechtlichen Körperschaft für Psychotherapeuten verzichtet.

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

Die Voraussetzungen für die Eintragung von Psychotherapeuten in das Arztregister sind in § 95c SGB V geregelt. Durch eine Generalklausel werden auch untergesetzliche Regelungen der maßgeblichen Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (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. Ebenso wie die Ärzte sind auch die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Eintragung in das Arztregister erfolgt gemäß § 95c 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.

### **3.7 Medizinische Versorgungszentren**

Neben Vertragsärzten können auch medizinische Versorgungszentren gleichberechtigt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Bei der Regelung dieser kooperativen Versorgungsform hat sich der Gesetzgeber des GMG 2004 an den Einrichtungen nach § 311 SGB V (Polikliniken, Ambulatorien, Krankenhausfachambulanzen) orientiert. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder als Vertragsärzte tätig sind. Die Regelungen gelten auch für Vertragspsychotherapeuten. Das medizinische Versorgungszentrum erbringt fachübergreifend vertragsärztliche ambulante Leistungen. Die Vorschriften des SGB V und der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte finden auf medizinische Versorgungszentren entsprechende Anwendung, sofern es keine Sonderregelungen gibt (§ 72 Abs. 1 SGB V, § 1 Abs. 3 Nr. 2 Ärzte-ZV). Das medizinische Versorgungszentrum hat die gleichen Rechte und Pflichten wie alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Vertragspsychotherapeuten.

Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten teilnehmen, gegründet werden. Bis zum 31.12.2011 konnte ein MVZ auch von Gründern errichtet werden, die an der Versorgung Krankenversicherter teilgenommen haben, wie z. B. Apotheker oder Leistungserbringer zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, mit Soziotherapie und mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen gemäß §§ 132a Abs. 2, 132b, 132c Abs. 1 SGB V.

Für diese „Alt-MVZ“ gilt ein Bestandsschutz. Durch den Wegfall dieses umfangreichen Gründerkreises wollte der Gesetzgeber den Gründerkreis auf die Teilnehmer an der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter konzentrieren, die den Großteil der ambulanten und stationären Versorgung leisten. Damit werden diejenigen Leistungserbringer ausgeschlossen, über deren Ankauf bisher Investoren ohne fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung Eingang zur vertragsärztlichen Versorgung gefunden

haben. Der Bestandsschutz ist umfassend, er bezieht sich auch auf die Rechtsform, die Organisationsform sowie auf das Gesellschaftsverhältnis<sup>10</sup>.

Eine Ausnahme vom umfassenden Bestandsschutz bildet die Bestellung eines ärztlichen Leiters, die bis zum 30.06.2012 erfolgen musste, da ansonsten der Zulassungsentzug droht.

Ein medizinisches Versorgungszentrum kann sich der im Gesetz genannten Rechtsformen bedienen. Als Gesellschaftsformen kommen die Gesellschaft bürgerlichen Rechts gemäß §§ 705 ff. BGB, eine Partnerschaftsgesellschaft nach dem Partnerschaftsgesellschaftsgesetz, die eingetragene Genossenschaft nach dem Genossenschaftsgesetz sowie eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Betracht.

Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums erfolgt durch den Zulassungsausschuss für den Ort der Betriebsstätte. Medizinische Versorgungszentren werden wie Ärzte in die Bedarfsplanung einbezogen. Die Zulassung ist abzulehnen, wenn Überversorgung in einem Planungsbereich besteht. Niedergelassene Ärzte können in einer überversorgten Region ihren Zulassungsstatus aufgeben und als angestellte Ärzte in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig werden. Der Zulassungsausschuss hat diese Übertragung der Zulassung zu genehmigen, wenn keine Versorgungsgesichtspunkte dem entgegenstehen. Wird die Praxis eines Arztes, dessen Zulassung endet, in einem überversorgten Planungsbereich ausgeschrieben, kann sich ein medizinisches Versorgungszentrum um die Praxisnachfolge nach § 103 Abs. 4c SGB V bewerben, wenn dem keine Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen und die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte bei Ärzten liegt. Damit soll erreicht werden, dass vertragsärztliche Bewerber nicht von kapitalintensiven Unternehmen verdrängt werden. Hintergrund ist nach dem Willen des Gesetzgebers die Stärkung der Freiberuflichkeit. Die Zulassung ist zu entziehen, wenn das medizinische Versorgungszentrum gegen seine vertragsärztlichen Pflichten (hierzu gehört insbesondere die ordnungsgemäße Abrechnung) gröblich verletzt oder die Gründungsvoraussetzungen (s. Kreis der berechtigten Gründer) länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen. Im Übrigen gelten für medizinische Versorgungszentren die gleichen Rechte und Pflichten wie für Vertragsärzte (§ 72 Abs. 1 SGB V)<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Amtliche Begründung zum GKV-VStG § 95 Abs. 1a, BT-Drucks. 17/6906.

<sup>11</sup> Einzelheiten zum Thema MVZ können im MVZ-Leitfaden für Gründer der KBV, Deutscher Ärzte-Verlag, nachgelesen werden.

## 4 Vertragsärztliche Versorgung

### 4.1 Rechtsverhältnis Vertragsarzt/Versicherter

War die rechtliche Einordnung der Beziehung zwischen Vertragsarzt und gesetzlich krankenversicherten Patienten bislang noch umstritten, so ist durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013 (Patientenrechtegesetz) in § 630a BGB klargestellt worden, dass auch zwischen dem gesetzlich Krankenversicherten und dem Vertragsarzt ein zivilrechtlicher Vertrag (Behandlungsvertrag) zustande kommt, der in der Regel als Dienstvertrag geschlossen wird. Die Auffassung, dass die zivilrechtlichen Beziehungen vom öffentlich-rechtlichen Sozialversicherungsrecht überlagert werden, kann nach der Kodifizierung des Behandlungsvertrages im BGB nicht mehr aufrechterhalten werden. Das Patientenrechtegesetz, das am 26.02.2013 in Kraft getreten ist, regelt in acht Paragrafen die Rechtsbeziehungen zwischen Arzt und Patient. Im Kern enthalten die Neuregelungen eine Kodifikation der von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zur Arzthaftung. Durch den Behandlungsvertrag wird der Behandelnde zur medizinischen Behandlung des Patienten und dieser zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet. Die Pflicht zur Zahlung der Vergütung kann jedoch auch einen anderen als den Patienten treffen (§ 630a Abs. 1 BGB). Damit ist klargestellt worden, dass auch die Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Grundlage eines privatrechtlichen Behandlungsvertrages erfolgt. Nach § 76 Abs. 4 SGB V ist der Vertragsarzt dem Patienten zudem durch die Übernahme der Behandlung öffentlich-rechtlich zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts verpflichtet. Unterläuft dem Vertragsarzt ein Behandlungsfehler, haftet er zivilrechtlich aus Vertrag (§ 280 Abs. 1 BGB) und daneben aus unerlaubter Handlung nach § 823 BGB, wenn eine rechtswidrige und schuldhaft Verletzung von Leben, Körper oder Gesundheit des Patienten vorliegt. Im Streitfall müssen sowohl Privatversicherte als auch gesetzlich Versicherte ihre Ansprüche aus einer fehlerhaften Behandlung auf dem Zivilrechtsweg geltend machen.<sup>12</sup>

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 (§ 13 Abs. 7 BMV-Ä). Eine Behandlungspflicht besteht auch, wenn der Arzt im Rahmen des Notfall- bzw. Bereitschaftsdienstes in Anspruch genommen wird (s. § 7 Abs. 2 Muster-Berufsordnung).

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

---

<sup>12</sup> Zur Arzthaftung bei der Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten s. Gaßner/Strömer MedR 2012,159

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.

Im Rahmen des Selektivvertragssystems (hausarztzentrierte Versorgung gem. § 73b SGB V, besondere ambulante ärztliche Versorgung gem. § 73c) verpflichten sich Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse schriftlich, nur die selektivvertraglich verpflichteten Leistungserbringer (z. B. Hausarzt) in Anspruch zu nehmen. Mit dieser Selbstverpflichtung, an die der Versicherte mindestens ein Jahr nach § 73b Abs. 3 SGB V gebunden ist, ist das Recht der freien Arztwahl eingeschränkt. Ein Widerruf der Teilnahmeerklärung ist innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe möglich.

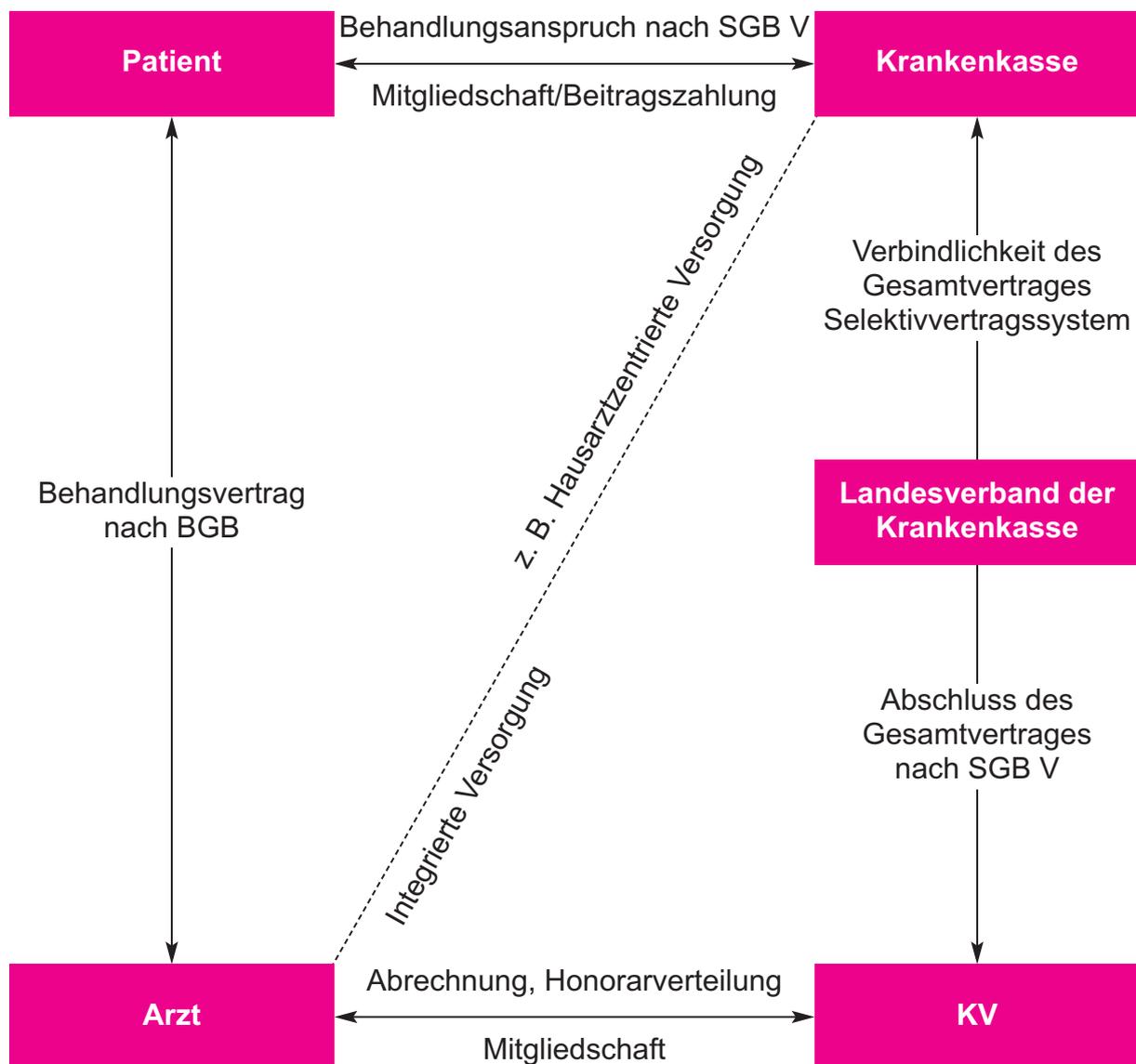


Abbildung 5: Die rechtlichen Beziehungen zwischen Vertragsärzten, KVen sowie Patienten (Versicherte) und Krankenkassen

## 4.2 Umfang der vertragsärztlichen Versorgung

### 4.2.1 Hausärztliche und fachärztliche Tätigkeit

Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in eine hausärztliche und fachärztliche Versorgung (§ 73 SGB V).

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 31.12.2000 hausärztlich tätig waren, teil. Die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil.

Ärzte, die zur hausärztlichen Versorgung zugelassen sind, dürfen keine fachärztlichen Leistungen erbringen<sup>13</sup>. Ein Arzt, der eine Fach- oder Gebietsbezeichnung führt, ist berufsrechtlich verpflichtet, Behandlungen in seinem Gebiet durchzuführen. Diese berufsrechtliche Verpflichtung trifft ihn auch in seiner Eigenschaft als Vertragsarzt<sup>14</sup>. Die Zuordnung zum hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgungsbereich bewirkt für den Vertragsarzt ausschließlich vergütungsrechtliche Konsequenzen, während sie seinen berufsrechtlichen Status unberührt lässt<sup>15</sup>. Der Hausarzt darf mit schriftlicher Einwilligung des Patienten nicht nur bei anderen Ärzten, sondern auch bei anderen Leistungserbringern (z. B. Heilmittelerbringer oder Erbringer häuslicher Krankenpflege) die relevanten Patientendaten 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.

### 4.2.2 Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung

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, Verordnung von Soziotherapie, 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).

<sup>13</sup> BSG vom 27.6.2007, Az.: B 6 KA 24/06 R

<sup>14</sup> BSG vom 14.12.2012, Az.: B 6 KA 31/10 R

<sup>15</sup> BSG vom 11.11.2005, Az.: B 6 KA 12/05 B

### 4.3 Verzahnung ambulant und stationär

Zur vertragsärztlichen Versorgung gehört grundsätzlich nur die ambulante ärztliche Behandlung. Ausnahmen von diesem Grundsatz sind im Gesetz geregelt. So sieht § 121 SGB V die Förderung des Belegarztwesens vor. 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 geregelt.

Nach **§ 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus)** können **ambulante Operationen** auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit von niedergelassenen Vertragsärzten im Krankenhaus erbracht werden.

**Gem. § 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V (Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus)** kann das Krankenhaus die vor- oder nachstationäre Behandlung auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder Arztpraxis erbringen. Bei diesen Kooperationen ist zwingend das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt nach § 128 SGB V zu beachten, das heißt der Vertragsarzt hat allein aufgrund medizinischer Erwägungen im Interesse des Patienten zu entscheiden. Unzulässig sind nach § 128 SGB V Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten, wenn Krankenhäuser für die Einweisung von Patienten Vorteile gewähren oder Vertragsärzte als Gegenleistung für die Einweisung von Patienten den Auftrag zur Durchführung der vor- und nachstationären Behandlung vom Krankenhaus fordern. Ein Verstoß liegt auch bei Absprachen vor, bei denen sich Leistung und Gegenleistung nicht in einem angemessenen Verhältnis bewegen. Was angemessen ist, ergibt sich aus der Prüfung des Einzelfalles z. B. anhand der geltenden Gebührenordnungen (z. B. GOÄ, EBM).

Die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und im Krankenhaus ist eine mit dem Zulassungsrecht vereinbare Konstruktion nach § 20 Ärzte-ZV. Zudem sind in § 20 Ärzte-ZV die zeitlichen Grenzen für Nebenbeschäftigungen von Vertragsärzten gelockert worden. Bisher konnten nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts neben einer vollen vertragsärztlichen Zulassung weitere Tätigkeiten nur noch in einem zeitlichen Umfang von bis zu 13 Stunden wöchentlich (bei einem hälftigen Versorgungsauftrag 26 Stunden) erbracht werden. Auf diese zeitlichen Vorgaben soll nach dem Willen des Gesetzgebers nicht mehr abgestellt werden, vielmehr ist durch den Zulassungsausschuss zu prüfen, ob der Vertragsarzt trotz der Nebentätigkeit im Krankenhaus noch in der Lage ist, der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung zu stehen und Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten (Einzelheiten im Bundesmantelvertrag) anzubieten.

Zunehmend werden in Krankenhäusern sich abzeichnende Personalengpässe mit **Honorarärzten** abgedeckt. Bei dem sogenannten **Honorararzt** handelt es sich um einen Arzt, der Dienste am Krankenhaus übernimmt ohne in die Organisation des

Krankenhauses eingebunden zu sein<sup>16</sup>. Mit dem Psychiatrie-Entgeltgesetz (Psych-EntG) 2012 ist ausdrücklich gesetzlich geregelt worden, dass Krankenhäuser ihre allgemeinen Krankenhausleistungen auch durch nicht fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen können. Die Leistungen können in Kooperation mit externen Ärzten auf Honorarbasis erfolgen.

#### 4.4 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz ist § 116b SGB V neu gefasst worden, der die ambulante Behandlung mit hochspezialisierten Leistungen sowie von seltenen Erkrankungen und besonderen Krankheitsverläufen regelt. Diese ambulante spezialfachärztliche Versorgung kann durch Vertragsärzte und Krankenhäuser erbracht werden. Für die Zulassung zu diesem „dritten“ Versorgungssektor reicht es aus, wenn der Arzt oder das Krankenhaus seine Qualifikation gegenüber dem Erweiterten Landesauschuss anzeigt. Die Leistungen unterliegen keiner Budgetierung und auch nicht den Vorgaben des Bedarfsplanungsrechts. Die Einzelheiten der ASV, z. B. welche Krankheiten Teil der ASV sind, sind in einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt worden ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

#### 4.5 Hausarztzentrierte Versorgung

Seit 2004 bestehen neue Vertragsformen außerhalb des kollektivvertraglichen Systems (Selektivvertragssystem) mit dem Ziel, einen Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungsformen zu ermöglichen. Die Krankenkassen sind nach § 73b SGB V verpflichtet, ihren Versicherten flächendeckend eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten. Ziel ist es, mit Hilfe eines Lotsen, dem Hausarzt Patienten durch das Gesundheitssystem zu begleiten. Fachärzte mit Ausnahme von Augenärzten und Frauenärzten können danach nur nach vorheriger Konsultation des Hausarztes aufgesucht werden. Für Versicherte ist die Teilnahme freiwillig, sie sind an ihre Verpflichtung der Inanspruchnahme eines bestimmten Hausarztes ein Jahr gebunden. Die Krankenkassen haben mit besonders qualifizierten Hausärzten zur Sicherstellung dieser besonderen hausärztlichen Versorgung Einzelverträge abzuschließen. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebotes ist öffentlich auszuschreiben. Ein Anspruch eines Hausarztes auf Abschluss eines Vertrages besteht nicht. Bewerben können sich zugelassene Hausärzte, welche die in § 73b Abs. 2 SGB V genannten Voraussetzungen (z. B. Fortbildung mit Konzentration auf hausarzttypische Behandlungsprobleme) erfüllen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Vertragspartner der Krankenkassen sein, wenn sie von Gemeinschaften der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer dazu ermächtigt worden sind.

---

<sup>16</sup> Positionsbestimmung der Bundesärztekammer und der kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Honorararzt unter [www.baek.de](http://www.baek.de)

#### 4.6 Besondere ambulante ärztliche Versorgung

Nach § 73c SGB V, der durch das GKV-WSG neu eingeführt wurde, können Krankenkassen im Rahmen des Selektivvertragssystems ihren Versicherten Versorgungsaufträge anbieten. Versorgungsaufträge im Sinne dieser Regelung sind vertragliche Vereinbarungen, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Die Teilnahme der Versicherten an dieser besonderen ambulanten Versorgung kann mit einem sogenannten Wahltarif (z. B. Selbstbehalt/Prämienzahlungen) verbunden werden. Die Teilnahme von Versicherten, aber auch von Vertragsärzten ist freiwillig. Die Verträge sind öffentlich auszuschreiben. Für die personellen und sächlichen Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Versorgungsaufträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die im Bundesmantelvertrag geregelten Anforderungen als Mindestvoraussetzungen.

#### 4.7 Integrierte Versorgung

Mit der integrierten Versorgung soll nach dem Willen des Gesetzgebers die Aufgabenteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwunden werden (§§ 140a, 140b SGB V). Außerhalb der gesamtvertraglichen Regelungen und der Vorschriften des 4. Kapitels des SGB V können Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit einzelnen Leistungserbringern, Krankenhäusern, medizinischen Versorgungszentren oder Managementgesellschaften abschließen. § 140a Abs. 1 Satz 2 SGB V in der Fassung des GKV-WSG sieht eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung vor, die dann angenommen werden kann, wenn entweder in einer größeren Region die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (z. B. Diabetes) umfassend angeboten wird oder auch in einer kleineren Region das gesamte oder ein Großteil des Krankheitsgeschehens der Versicherten in einer integrierten Versorgung ermöglicht wird. Bei neueren Integrationsverträgen ist die Flächendeckung Voraussetzung, um Mittel aus der Anschubfinanzierung zu erhalten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind bei dem Abschluss dieser Verträge nicht beteiligt. Die vertragsärztlichen Leistungsverpflichtungen werden außerhalb des Sicherstellungsauftrages erfüllt.

## 5 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

### 5.1 Zulassung<sup>17</sup>

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, 95a, 98 SGB V und der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV).

Voraussetzung für die Zulassung sind nach § 95 Abs. 2 SGB V 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. Diese Verpflichtung der Eintragung in das Arztregister mit den vorgenannten Voraussetzungen gilt auch für angestellte Ärzte bei Vertragsärzten und in medizinischen Versorgungszentren (§ 95 Abs. 9 SGB V). Bei Psychotherapeuten sind die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und der Fachkundenachweis nach § 95c SGB V Voraussetzung.

Die bisherige Regelung, wonach die Zulassung von Ärzten, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, ausgeschlossen war, ist durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz gestrichen worden.

Die Zulassung endet durch Entziehung, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, mit dem Wegzug des Arztes aus dem Bezirk seines Vertragsarztsitzes und mit dem Tod (§ 95 Abs. 6, 7 SGB V). Die frühere Altersgrenze, nach der ein Vertragsarzt seine Tätigkeit mit Erreichen des Alters von 68 Jahren aufgeben musste, ist mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKVOrgWG – aufgehoben worden.

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. Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen oder ein gröblicher Pflichtverstoß gegen vertragsärztliche Pflichten insbesondere im Abrechnungsbereich vorliegt.

---

<sup>17</sup> Siehe hierzu auch KBV-Fortbildung, Heft 4 „Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung“.

Die Zulassung verpflichtet den Arzt, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben (§ 19a Ärzte-ZV).

Nach § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV kann der Vertragsarzt seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränken (sogenannter **Teilversorgungsauftrag** oder **Teilzulassung**) oder bereits mit dem Zulassungsantrag einen hälftigen Versorgungsauftrag beantragen. Auch bei einem Teilversorgungsauftrag hat der Arzt die gleichen Rechte und Pflichten wie ein Vertragsarzt mit einem vollen Versorgungsauftrag. Bei einem Teilversorgungsauftrag sind 10 Sprechstunden wöchentlich anzubieten. Der Teilversorgungsauftrag wird in der Bedarfsplanung mit dem Faktor 0,5 bei der Berechnung des Versorgungsgrades berücksichtigt.

Die Einzelheiten, was unter einer vollzeitigen oder hälftigen Tätigkeit zu verstehen ist, regelt der Bundesmantelvertrag. Danach ist der sich aus der Zulassung ergebende Versorgungsauftrag dadurch zu erfüllen, dass der Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 20 Sprechstunden anbietet. Bei einem hälftigen Versorgungsauftrag muss er mindestens 10 Sprechstunden persönlich zur Verfügung stehen.

Gem. § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV sind auch Beschäftigungsverhältnisse in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 SGB V mit der Tätigkeit des Vertragsarztes i. S. d. § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV kompatibel. Damit ist auch klargestellt, dass der Vertragsarzt in einem MVZ und einem Krankenhaus tätig sein kann. Auch Tätigkeiten im Rahmen der selektivvertraglichen Versorgung sind ausdrücklich von der Interessenkollisionsregelung ausgenommen worden und damit vereinbar im Sinne des § 20 Ärzte-ZV mit der vertragsärztlichen Tätigkeit im Kollektivvertragssystem.

Eine Zulassung kann gem. § 98 Nr. 12 SGB V befristet erteilt werden. Die gesetzliche Vorschrift ist durch § 19 Abs. 4 Ärzte-ZV dahin gehend konkretisiert worden, dass nur in einem Planungsbereich ohne Zulassungsbeschränkungen mit einem allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad ab 100 % der Zulassungsausschuss eine befristete Zulassung erteilen kann. In Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 % überschritten ist und der Landesauschuss Zulassungsbeschränkungen angeordnet hat, können weiterhin nur unbefristete Zulassungen erteilt werden. Der Zulassungsausschuss entscheidet über die Befristung und ihre Dauer nach pflichtgemäßem Ermessen.

### 5.1.1 Zulassung für ein Fachgebiet und Vertragsarztsitz

Ein Arzt, der die weiterbildungsrechtliche Qualifikation hat, kann sich in einem oder auch zwei Fachgebieten zulassen. Bei dieser Zulassung in zwei Fachgebieten handelt sich stets nur um eine Zulassung mit einem Versorgungsauftrag, so dass es nicht möglich ist, die ärztliche Tätigkeit zu teilen und an verschiedenen Tätigkeitsorten auszuüben. Der Arzt ist allerdings berechtigt, seine vertragsärztliche Tätigkeit auf eines der Fachgebiete zu beschränken (BSG vom 26.01.2000, Az.: B 5 KA 53/98 R; BSG vom 09.02.2011, Az.: B 6 KA 44/10 B).

### 5.1.2 Vertragsarztsitz und Zweigpraxis

Die Zulassung erfolgt für einen Vertragsarztsitz, an dem der Vertragsarzt tätig wird. Die **Residenzpflicht** ist durch das VStG aufgehoben worden, damit kann der Vertragsarzt seinen Wohnort an einem anderen Ort als dem Ort der Vertragsarztpraxis wählen.

Der Vertragsarzt kann auch eine **Zweigpraxis** nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV gründen. Unter Zweigpraxis versteht man das **Tätigwerden eines Vertragsarztes an einem weiteren Ort** außerhalb seines Vertragsarztsitzes, auch mit Unterstützung von angestellten Ärzten, wenn und soweit dies die Versorgung der Versicherten an dem weiteren Ort verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird. Eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung ist hierfür nach § 98 Abs. 2 Nr. 13 SGB V, § 24 Ärzte-ZV erforderlich. Liegt der weitere Ort außerhalb des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung ist eine Erteilung einer Ermächtigung unter den vorgenannten Voraussetzungen durch den Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk der Vertragsarzt tätig werden will, erforderlich. Der Bundesmantelvertrag definiert den Vertragsarztsitz als Betriebsstätte, jeder Ort einer weiteren Tätigkeit ist eine Nebenbetriebsstätte gem. § 15a BMV-Ä. Bei der Wahl der weiteren Orte ist das Berufsrecht im jeweiligen Bundesland zu beachten, die Muster-Berufsordnung beschränkt die Tätigkeit auf den Praxisitz (Betriebsstätte) und maximal zwei weitere Orte (§ 17 Abs. 2 MBO). Für den Vertragsarzt gilt das Berufsrecht der jeweiligen Landesärztekammer, in deren Bereich er tätig ist. Erbringt der Vertragsarzt spezielle Untersuchungs- oder Behandlungsleistungen an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz handelt es sich um ausgelagerte Praxisräume. Diese sind der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen (§ 24 Abs. 5 Ärzte-ZV).

Der Vertragsarztsitz kann nach § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV verlegt werden, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

### 5.2 Gemeinsame Berufsausübung § 98 Abs. 2 Nr. 13a SGB V, § 33 Ärzte-ZV

Vertragsärzte können **örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften** mit allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern (Ärzten, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren) auch beschränkt auf einzelne Leistungen (Teilberufsausübungsgemeinschaft) bilden.

Die örtliche Berufsausübungsgemeinschaft ist durch einen gemeinsamen Vertragsarztsitz gekennzeichnet, die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft erfordert eine gemeinsame Berufsausübung bei unterschiedlichen Vertragsarztsitzen. Ergänzend sind die Regelungen in den Bundesmantelverträgen und die Richtlinien der KBV nach § 75 Abs. 7 SGB V zu beachten. Die Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der vorherigen Genehmigung durch den Zulassungsausschuss (§ 33 Ärzte-ZV).

Die sich hieraus ergebenden Fragen der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen bei KV-übergreifenden Tätigkeiten (z. B. Leistungsabrechnung) sind in der Richtlinie der KBV nach § 75 Abs. 7 SGB V geregelt. Für die Abrechnung maßgeblich ist danach grundsätzlich das am Ort der Leistungserbringung geltende Recht der KV.

### 5.3 Zulassungsbeschränkungen

Nach § 103 Abs. 1 SGB V i. V. m. der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen von Amts wegen zu prüfen, ob in einem Planungsbereich eine Überversorgung vorliegt, die dann anzunehmen ist, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 v. H. überschritten ist. Hierbei sind die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Bedarfsplanungs-Richtlinie) 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). Durch das Versorgungsstrukturgesetz ist der Landesebene ein größerer Gestaltungsspielraum eingeräumt worden, da Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie zulässig sind, um regionale Besonderheiten berücksichtigen zu können (§ 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Diese Besonderheiten können sich aus der demografischen Entwicklung und Morbiditätsstruktur der Versicherten ergeben, wenn sich nach Alter, Geschlecht und ergänzenden Morbiditätskriterien ein spezifischer oder überdurchschnittlicher Versorgungsbedarf ergibt. Durch abweichende Abgrenzungen der Planungsbereiche oder abweichende Verhältniszahlen von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie kann somit regionalen Besonderheiten Rechnung getragen werden. Diese regionalen Abweichungsmöglichkeit entstehen im Widerspruch zu der Bindung des Landesausschusses an die Bedarfsplanungs-Richtlinie bei der Feststellung von Überversorgung. In der Bedarfsplanungs-Richtlinie, die entsprechend dem gesetzgeberischen Auftrag nach mehr Versorgungsgerechtigkeit vom Gemeinsamen Bundesausschuss 2012 verabschiedet worden ist, ist diesem rechtlichen Problem Rechnung getragen und die Abweichungen auf Landesebene als Teil der Richtlinie definiert worden (§ 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Die stärkere Einbindung der Länder kommt auch in dem Gemeinsamen Landesgremium zum Tragen. Nach § 90a SGB V kann nach landesrechtlichen Bestimmungen ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen und der Landeskrankengesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Diesem ist nach Maßgabe des Landesrechtes bei der Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne, aus denen sich der Versorgungsgrad und der Stand der vertragsärztlichen Versorgung ergibt, Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

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 Sonderbedarfzulassung nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V i. V. m. § 36 ff. Bedarfsplanungs-Richtlinie tätig zu werden.

## 5.4 Praxisnachfolge

Die Regelungen zur Praxisnachfolge sind eine Ausnahme vom Grundsatz, dass in zulassungsbeschränkten Planungsbereichen keine Zulassung erteilt werden darf. Denn ansonsten wäre die Praxis des Vertragsarztes wirtschaftlich nicht zu verwerten und eine Gemeinschaftspraxis könnte in der bestehenden Struktur nicht fortgeführt werden. Die Vertragsarztpraxis steht unter dem Schutz des Art. 14 GG, dieser verfassungsrechtlichen Einschätzung hat der Gesetzgeber mit der Möglichkeit, die Vertragsarztpraxis trotz Überversorgung zu veräußern, Rechnung getragen. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz hat der Zulassungsausschuss seit 2013 die Aufgabe erhalten, vor einer Ausschreibung zu prüfen, ob ein Nachbesetzungsverfahren überhaupt durchgeführt werden soll. Ziel ist es nach dem Willen des Gesetzgebers, langfristig Überversorgung in gesperrten Planungsbereichen abzubauen und damit zu einer besseren räumlichen Verteilung von Vertragsärzten beizutragen. Ergänzt wird diese Regelung in § 103 Abs. 3a SGB V durch die Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 105 Abs. 3 SGB V, den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung zu fördern. Erfolgt keine Ausschreibung, erhält der Vertragsarzt eine Entschädigung. Was der Gesetzgeber unter dem Begriff „Entschädigung“ verstanden hat, ist dabei nicht eindeutig geregelt worden. In der Gesetzesbegründung zu § 103 Abs. 3a SGB V ist hierzu ausgeführt, dass bei Ablehnung des Antrages „[...] die Kassenärztliche Vereinigung eine Entschädigung zu zahlen“ hat. „In Anlehnung an die in § 103 Abs. 4 Satz 7 des geltenden Rechts getroffene Regelung, erfolgt die Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis.“ (BT-Drucks. 17/8005, S. 112).

Die Ablehnung des Antrages auf Ausschreibung darf in bestimmten Fällen nicht erfolgen. Wenn sich ein Ehegatte, ein Lebenspartner, ein Kind, ein angestellter Arzt oder ein Gemeinschaftspraxispartner des abgebenden Vertragsarztes auf den Vertragsarztsitz bewirbt, ist das Nachbesetzungsverfahren durchzuführen (§ 103 Abs. 3a, 4 Nr. 5, 6 SGB V). Hat der Zulassungsausschuss dem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen, schreibt die Kassenärztliche Vereinigung bei Beendigung der Zulassung 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 aus. Bei der Auswahl der Bewerber sind die berufliche Eignung, das Approbationsalter und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit, die fünfjährige Tätigkeit in einem unterversorgten Planungsbereich oder die Bereitschaft zur Erfüllung besonderer Versorgungsbedürfnisse zu berücksichtigen. Ferner soll beachtet werden, ob der Bewerber der Ehegatte, ein Lebenspartner, 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, auch die Zulassungsgremien dürfen den Verkehrswert nur dann bestimmen, wenn keine zivilrechtliche Einigung zwischen abgebendem Arzt und Bewerber erfolgt ist.<sup>18</sup>

<sup>18</sup> BSG vom 14.12.2011, Az.: B 6 KA 39/10 R

Seit 2006 sind für ausgeschriebene Hausarztsitze vorrangig Allgemeinärzte zu berücksichtigen.

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.

## 5.5 Ausnahmeregelungen

Trotz der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen kann der Zulassungsausschuss einem Zulassungsantrag eines Arztes entsprechen, wenn eine der in § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V in Verbindung mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie genannten Ausnahmen vorliegt.

### 5.5.1 Sonderbedarf

Eine **Sonderbedarfszulassung** nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 i. V. m § 36 ff. Bedarfsplanungs-Richtlinie kann erteilt werden, wenn die Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztes unerlässlich ist, um einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken. Der lokale Sonderbedarf stellt auf eine unzureichende Versorgungslage innerhalb einer Region ab. Die Anerkennung eines qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs erfordert die Prüfung und Feststellung einer besonderen weiterbildungsrechtlichen Qualifikation, zudem ist Voraussetzung, dass die ärztlichen Tätigkeiten des qualifizierten Inhalts in dem betreffenden Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Auch kann eine Sonderbedarfszulassung im Bereich der Dialyseversorgung erteilt werden.

### 5.5.2 Job-Sharing (vinkulierte Zulassung)

In einem überversorgten Planungsbereich kann ein weiterer Vertragsarzt eine Zulassung erhalten, 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 Gemeinsame Bundesausschuss in der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

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. 3a SGB V im Rahmen der Auswahl der Bewerber berücksichtigt, allerdings erst nach mindestens fünfjähriger gemeinsamer Tätigkeit.

Auch in einem medizinischen Versorgungszentrum ist Job-Sharing zulässig, die Einzelheiten sind in der Bedarfsplanungs-Richtlinie geregelt.

### 5.5.3 Besetzung von Belegarztstellen

Eine weitere Ausnahme der 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.

## 5.6 Zulassungsausschuss/Berufungsausschuss/Landesausschuss

### 5.6.1 Zulassungsausschuss

Der **Zulassungsausschuss** (§ 96 SGB V) ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen. Er entscheidet über die Zulassung von Vertragsärzten, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren sowie über die Ermächtigung von (Krankenhaus-)Ärzten bzw. Institutionen, auch über Kooperationsformen oder die Entziehung einer Zulassung bzw. den Widerruf von Ermächtigungen und die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs. 3a SGB V. Einzelheiten zur Tätigkeit der Zulassungsausschüsse sind im SGB V sowie der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte geregelt. Die Zulassungsausschüsse beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit, bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen.

Über den Antrag eines Arztes z. B. auf Zulassung entscheidet der Zulassungsausschuss durch einen Beschluss. Wenn in einem Planungsbereich Überversorgung besteht, lehnt dieser den Zulassungsantrag eines Arztes ab.

### 5.6.2 Berufungsausschuss

Über den Widerspruch des Arztes gegen diesen Beschluss entscheidet der **Berufungsausschuss**. Der Berufungsausschuss ist wie der Zulassungsausschuss eine Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung. § 97 SGB V bestimmt, dass der Berufungsausschuss mit einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt und einer gleichen Anzahl von Ärzten und Kassenvertretern zu besetzen ist.

### 5.6.3 Landesausschuss

Die Feststellung von Über- und Unterversorgung für einen Planungsbereich erfolgt durch den **Landesausschuss** der Ärzte und Krankenkassen, einem Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung (§ 90 SGB V). Die Prüfung erfolgt auf Grundlage der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Stellt der Landesausschuss eine Überversorgung für eine Arztgruppe in einem bestimmten Planungsbereich fest, so hat er mit verbindlicher Wirkung für den Zulassungsausschuss Zulassungsbeschränkungen anzuordnen. Diese Beschränkungen werden im amtlichen Bekanntmachungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung veröffentlicht. Den Landesausschüssen obliegt auch die Aufgabe der Feststellung, ob eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder droht. Zudem kann in überversorgten Gebieten ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf bestehen, der auf Veranlassung einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einer Krankenkasse vom Landesausschuss festgestellt werden kann. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie regelt das Verfahren. Die Aufgaben von Zulassungsausschüssen und Landesausschüssen sind in der nachfolgenden Übersicht dargestellt. Im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V wird der Landesausschuss mit Vertretern der Landeskrankengesellschaft erweitert. Dieser erweiterte Landesausschuss nimmt die Anzeige der zur Teilnahme Berechtigten entgegen. ASV-Berechtigte sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren und gegebenenfalls ermächtigte Ärzte sowie als institutioneller Leistungserbringer die Krankenhäuser nach § 108 SGB V. Welche Voraussetzungen im Einzelnen erfüllt sein müssen, ist in einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt (ASV-Richtlinie). In der ASV-Richtlinie ist auch geregelt, was anzuzeigen ist, z. B. der Nachweis vertraglicher Vereinbarungen über Kooperationen gemäß § 116b Abs. 4 Satz 10 SGB V.

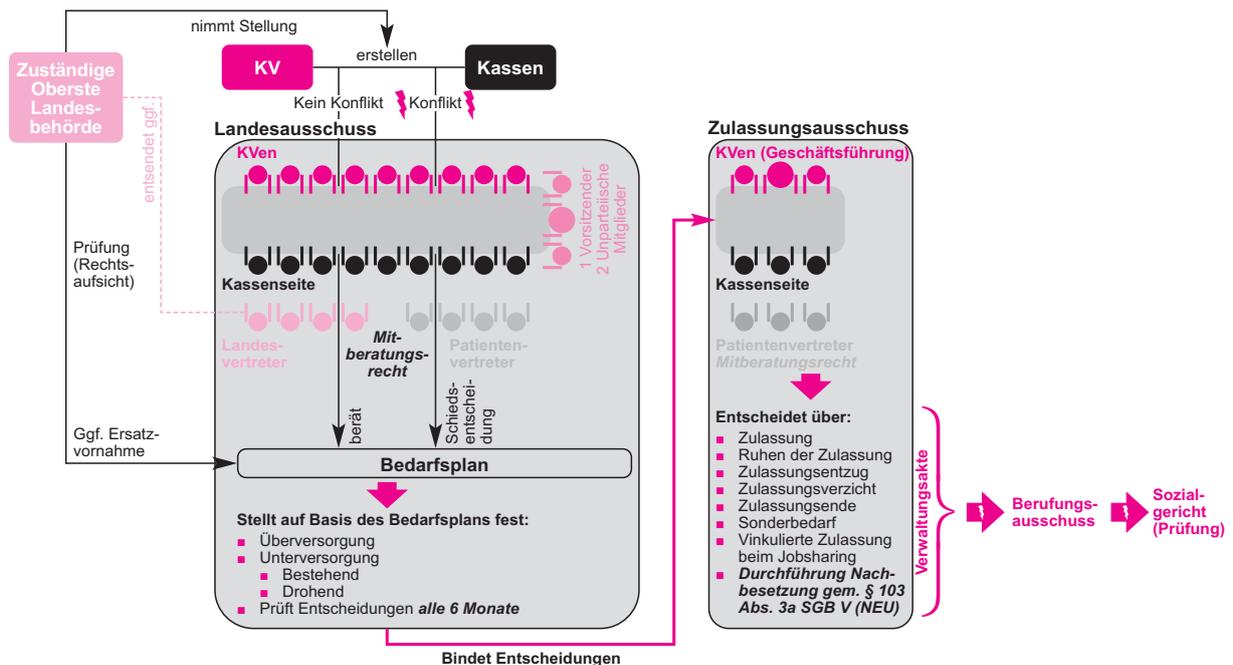


Abbildung 6: Übersicht über die Zulassungsausschüsse und Landesausschüsse (ohne Gremium nach § 90a SGB V), erstellt von S. John, B. Berner, KBV

Die Aufstellung des Bedarfsplans erfolgt durch die KV im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen. Kommt kein Einvernehmen zustande, wird der Landesausschuss als eine Art Schiedsgremium tätig. Er berät und beschließt den Bedarfsplan. Dies gilt auch für den Fall, dass der Bedarfsplan, der der zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen ist, von dieser beanstandet worden ist.

In § 140f Abs. 3 SGB V ist die Mitwirkung in Form eines Mitberatungsrechts im Zulassungsausschuss, Berufungsausschuss und Landesausschuss von Patientenvertretern bei bestimmten Entscheidungen, z. B. Sonderbedarfszulassung, Ermächtigung, Aufstellung des Bedarfsplans, vorgesehen.

## Zulassung

### Voraussetzungen:

1. **Approbation**
2. **Eintragung in das Arztregister**
  - a) Allgemeinmedizinische Weiterbildung oder in einem Fachgebiet oder Qualifikation nach § 95a Abs. 4 und 5 SGB V
  - b) Vorlage der erforderlichen Unterlagen
3. **Persönliche Eignung**

### Ende:

1. **Tod**
2. **Verzicht**
3. **Wegzug**
4. **Entziehung der Zulassung**  
(gröbliche Pflichtverletzung, Wegfall der Eignung, Wegfall der Gründungsvoraussetzungen bei medizinischen Versorgungszentren)
5. **Sonderfall:**  
Ruhens der Zulassung

### Sperre:

**Zulassungsbeschränkungen in einem betroffenen Planungsbereich**

#### Ausnahmen:

- § 103 Abs. 3a–6 SGB V  
Praxisnachfolge
- § 101 Abs. 1 SGB V  
„Job-Sharing“
- § 103 Abs. 4 SGB V  
Sonderregelungen für medizinische Versorgungszentren
- § 101 Abs. 1 Nr. 3 SGB V i. V. m. § 36ff. Bedarfsplanungsrichtlinie –  
Sonderbedarfszulassung
- § 103 Abs. 7 SGB V  
Belegärztliche Tätigkeit

**Zuständigkeit:** Zulassungsausschuss

**Gesetzliche Grundlagen:** SGB V, Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Abbildung 7: Zulassung

## 5.7 Angestellte Ärzte bei Vertragsärzten

Ein Vertragsarzt kann – wie ein medizinisches Versorgungszentrum – mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe des anzustellenden Arztes keine Zulassungsbeschränkungen bestehen (§ 95 Abs. 9 SGB V i. V. m. § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV). Der angestellte Arzt wird Mitglied in der Kassenärztlichen Vereinigung, wenn er mindestens halbtags beschäftigt wird. Die Arbeitszeiten und ihre Anrechnung auf den Versorgungsgrad sind in der Bedarfsplanungs-Richtlinie geregelt. Bei Teilzeitbeschäftigten gelten zur Feststellung des örtlichen Versorgungsgrades folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungsfaktor
bis 10 Stunden pro Woche	0,25
über 10 bis 20 Stunden pro Woche	0,50
über 20 bis 30 Stunden pro Woche	0,75
über 30 Stunden pro Woche	1,00

Beschäftigt ein Arzt angestellte Ärzte, hat er die persönliche Leitung der Vertragsarztpraxis sicherzustellen. Nach § 14a BMV-Ä ist die persönliche Leitung anzunehmen, wenn je Vertragsarzt nicht mehr als drei vollzeitbeschäftigte oder teilzeitbeschäftigte Ärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang den drei vollzeitbeschäftigten entspricht, angestellt werden. Der Bundesmantelvertrag als untergesetzliche Norm konkretisiert damit die Regelungen des § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV, wonach ein Vertragsarzt weitere Ärzte anstellen darf. Dies gilt auch für die Möglichkeit der Beschäftigung von fachfremden Ärzten, die auch dann zulässig ist, wenn der anzustellende Arzt Facharzt eines Fachgebiets ist, bei dem eine Inanspruchnahme nur auf Überweisung möglich ist, z. B. Ärzte für Laboratoriumsmedizin. Mit dieser Regelung im neuen einheitlichen Bundesmantelvertrag, der zum 01.10.2013 in Kraft getreten ist und den bis dahin geltenden Bundesmantelvertrag-Ärzte und den Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen durch einen Vertrag abgelöst hat, der für alle Kassenarten gilt, sind Arztpraxen in Bezug auf die arztgruppenübergreifende Anstellung den medizinischen Versorgungszentren gleichgestellt worden (§ 14a Abs. 2 BMV-Ä).

Verzichtet ein Vertragsarzt in einem gesperrten Planungsbereich auf seine Zulassung, um bei einem Vertragsarzt als angestellter Arzt nach § 95 Abs. 9 SGB V tätig zu werden, hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Eine Fortführung der Praxis im Rahmen der Praxisnachfolge ist dann nicht mehr möglich. Scheidet der angestellte Arzt aus dem Angestelltenverhältnis aus, kann der Vertragsarzt, wie auch das medizinische Versorgungszentrum die Stelle nachbesetzen (§ 103 Abs. 4a Satz 5 SGB V, 4b Satz 2 SGB V). Nach § 95 Abs. 9b SGB V in der Fassung des Versorgungsstrukturgesetzes ist es künftig auch möglich, die genehmigte Anstellung vom Zulassungsausschuss auf Antrag des Vertragsarztes in eine Zulassung umzuwandeln, sofern die Stelle einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht.

In gesperrten Planungsbereichen kann ein Vertragsarzt nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V Ärzte anstellen. Die Tätigkeit dieser angestellten Ärzte, bei denen nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie **Fachidentität** Voraussetzung ist, wird bei der Feststellung des örtlichen Versorgungsgrades nicht berücksichtigt. Dafür muss sich der Vertragsarzt, will er den Arzt in seiner Praxis anstellen, zur **Leistungsbegrenzung** verpflichten. Die Leistungsbegrenzung endet bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen. Der angestellte Arzt wird in diesem Fall bei der Ermittlung des Versorgungsbedarfs mitgerechnet (§ 101 Abs. 3a SGB V).

Der angestellte Arzt kann auch in der Zweigpraxis des Vertragsarztes tätig werden. Die Anrechnung der Arbeitszeiten erfolgt dann nach Maßgabe des Umfangs seiner Tätigkeit an diesem Ort.

Die vorgenannten Voraussetzungen gelten auch bei der Anstellung von Psychotherapeuten, allerdings ist Berufsrecht zu beachten. So kann zwar ein Arzt einen Psychotherapeuten anstellen, umgekehrt ist dies jedoch nicht zulässig, da Ärzte keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen dürfen (§ 2 Abs. 4 Muster-Berufsordnung).

Im Hinblick auf die so genannten 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. Weiterhin sind diese angestellten Ärzte bei der Feststellung des für die Bedarfsplanung maßgeblichen Versorgungsgrades mitzurechnen.

## 5.8 Angestellter Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren

Medizinische Versorgungszentren können Ärzte anstellen. Die Anstellung bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Die für die Zulassung notwendigen Voraussetzungen für die Eintragung in das Arztregister, wie zum Beispiel Approbation und Facharztweiterbildung, gelten auch für angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren. Bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind die in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte wie die bei einem Vertragsarzt angestellten Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie anteilig zu berücksichtigen. Die angestellten Ärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum sind Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung, wenn sie mindestens halbtags beschäftigt sind. Auch kann ein bereits zugelassener Vertragsarzt auf seine Zulassung verzichten, um in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig zu werden. Der Zulassungsausschuss hat die Anstellung zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Die Praxisnachfolge nach § 103 Abs. 4 SGB V ist ausgeschlossen, da der Vertragsarzt seine Zulassung in das MVZ mitnimmt. Bei Beendigung einer Angestelltentätigkeit ist die Nachbesetzung der Stelle auch bei Überversorgung zulässig. Durch den Verweis auf § 95 Abs. 9b SGB V in der Fassung des Versorgungsstrukturgesetzes ist es zulässig, die genehmigte Anstellung vom Zulassungsausschuss auf Antrag des Vertragsarztes in eine Zulassung umzuwandeln.

## 5.9 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 (qualitativ-spezifischer Bedarf gem. § 31a Ärzte-ZV).

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. 8).

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 in dem Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend abgedeckt ist. Benachbarte Planungsbereiche können nach der Rechtsprechung des BSG bei der Bedarfsermittlung nur in besonderen Fällen, z. B. Subspezialisierungen, berücksichtigt werden.

Auch bestimmte ärztlich geleitete Einrichtungen können zur Teilnahme an einer vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden oder haben einen Anspruch auf Ermächtigung. Dies gilt u. a. für Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), psychiatrische und psychosomatische 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 Satz 2 SGB V). Geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a SGB V können eine Ermächtigung erhalten, soweit und solange die geriatrische Versorgung nicht durch niedergelassene Vertragsärzte gewährleistet ist. Näheres regelt eine Vereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Auch Kommunen können mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung eigene Einrichtungen in begründeten Ausnahmefällen betreiben, sie sind nach § 105 Abs. 5 Satz 3 SGB V vom Zulassungsausschuss zu ermächtigen.

## Ermächtigung

### Bedarfsprüfung

- quantitative Versorgungslücke
- qualitatives Bedürfnis

### Krankenhausärzte nach § 31a Ärzte-ZV

Erbringung besonderer  
Untersuchungs- und  
Behandlungsmethoden

Ärzte an Krankenhäu-  
sern, Ärzte in Einrich-  
tungen der berufli-  
chen Rehabilitation,  
Ärzte aus EG-Staaten  
oder Vertragsstaaten  
des EWR-Abkom-  
mens

§ 31 Ärzte-ZV

Die Ermächtigung ist  
zeitlich, räumlich und  
ihrem Umfang nach zu  
begrenzen.

### Voraussetzungen:

- abgeschlossene  
Weiterbildung
- Bedürfnis
- persönliche Eignung
- Zustimmung des  
Krankenhauses

### Inanspruchnahme:

Direkt oder auf Über-  
weisung (Bedürfnisprü-  
fung)

### Voraussetzungen:

- Bedürfnis
- persönliche Eignung

### Versagensgründe:

Ungeeignetheit wg. per-  
sönlicher Mängel

**Zuständigkeit:** Zulassungsausschuss

**Gesetzliche Grundlagen:** SGB V, Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Abbildung 8: Ermächtigung

## 5.10 Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung

Zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme (sogenannter Disease-Management-Programme) haben die Krankenkassen die Möglichkeit, mit Krankenhäusern ambulante Behandlungen durchzuführen. In unterversorgten Gebieten können Krankenhäuser in die ambulante vertragsärztliche Versorgung zur Sicherstellung einbezogen werden (§ 116a SGB V). Voraussetzung dafür ist die Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, dass Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf nach § 100 Abs. 3 SGB V besteht. Krankenhäuser sind zudem berechtigt, Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung – ASV – nach § 116b SGB V zu erbringen (s. 5.6.3).

## 5.11 Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V

Nach § 311 Abs. 2 SGB V nehmen die in den neuen Bundesländern 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 Dispensaireauftrag in dem Umfang, in dem sie am 31.12.2003 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, weiterhin an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Im Übrigen gelten für diese Einrichtungen die Vorschriften des SGB V, die sich auf medizinische Versorgungszentren beziehen, entsprechend. Da es sich bei dieser Regelung in der Fassung des GMG um eine Besitzstandsvorschrift handelt, ist es nicht erforderlich, dass diese Einrichtungen fachübergreifend tätig sind. Die Gleichbehandlung mit medizinischen Versorgungszentren ist nach der Gesetzesbegründung erfolgt, weil die Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V im Wesentlichen der Struktur der medizinischen Versorgungszentren entsprechen. Die Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sind Mitglieder der für den Sitz der Einrichtung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.

## 5.12 Rechte und Pflichten des Vertragsarztes

Mit der Vertragsarztzulassung haben die Vertragsärzte folgende Rechte und Pflichten:

### 5.12.1 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 6 „Vergütung“).

### 5.12.2 Einzelne Pflichten des Vertragsarztes

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

### 5.12.3 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 zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen. Eine Vertragsärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von zwölf Monaten vertreten lassen. Die Qualifikation des Vertreters richtet sich nach § 3 Abs. 2 Ärzte-ZV (allgemeinmedizinische Weiterbildung oder Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet).

### 5.12.4 Fortbildungspflicht

Nach § 95d SGB V sind Vertragsärzte verpflichtet, sich fortzubilden. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und frei von wirtschaftlichen Interessen sein. Die vertragsärztliche Fortbildungspflicht ist alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Legt der Arzt ein Fortbildungszertifikat seiner Ärztekammer vor, erfüllt er seinen Fortbildungsnachweis. Daneben erfüllt er seine Fortbildungspflicht durch Teilnahme an anderen Fortbildungsmaßnahmen, sofern diese den von der Bundesärztekammer aufgestellten Anforderungen entsprechen. Kommt der Vertragsarzt seiner Fortbildungspflicht nach Ablauf der Fünf-Jahres-Frist nicht nach, erfolgen Honorarkürzungen. Holt er dann die Fortbildung binnen zwei Jahren nicht nach, ist das Zulassungsentziehungsverfahren durch die Kassenärztliche Vereinigung zu beantragen. Diese Regelungen gelten auch für Psychotherapeuten, angestellte Ärzte bei Vertragsärzten oder in medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte.

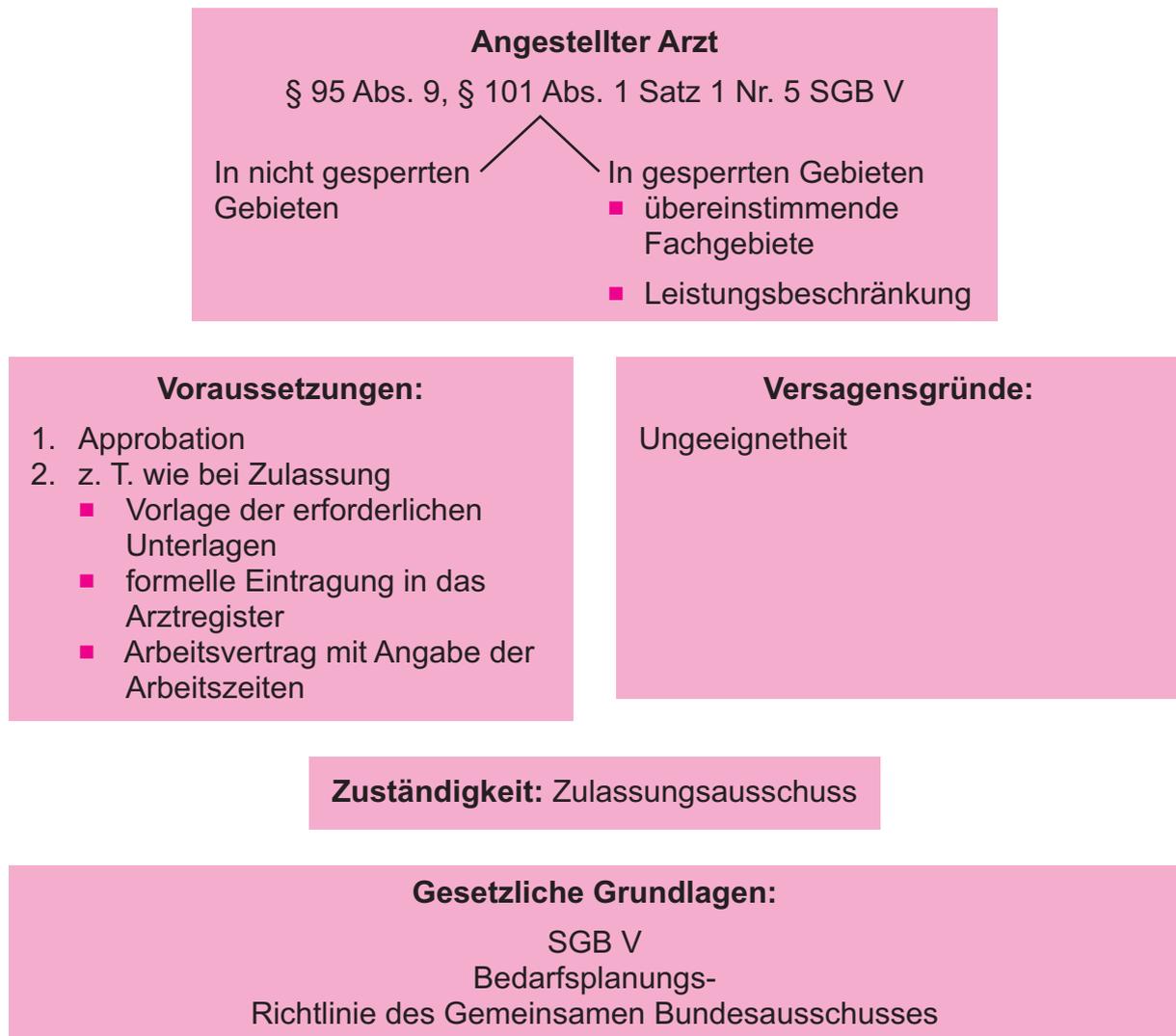


Abbildung 9: Angestellter Praxisarzt

## 6 Vergütung

### 6.1 Honoraranspruch<sup>19</sup>

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 dem GKV-Spitzenverband im Bundesmantelvertrag. In diesem wird 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) festgelegt. Der Inhalt des Bundesmantelvertrages ist Bestandteil der Gesamtverträge (§ 82 Abs. 1 SGB V). Kommt ein Vertrag ganz oder teilweise nicht zustande, setzen Schiedsämter auf Landes- und Bundesebene den Vertragsinhalt fest (§ 89 SGB V).

#### 6.1.1 Gesamtvergütung

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.

Die vereinbarte Gesamtvergütung wird von der Kassenärztlichen Vereinigung an die Vertragsärzte nach den Regelungen des von ihr im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen festgesetzten Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) verteilt. Benehmen mit den Krankenkassen bedeutet, dass diese über den Inhalt der Vorgaben zu informieren sind, ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist und die Kassenärztliche Vereinigung die Auseinandersetzungen mit den Einwendungen erkennen lassen muss. Nach § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V hat die Kassenärztliche Vereinigung die von den Krankenkassen nach § 87a Abs. 3 SGB V mit befreiender Wirkung entrichtete Gesamtvergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Anteil aufzuteilen. Außerdem soll Kalkulationssicherheit ermöglicht werden. Eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit ist für psychotherapeutische Leistun-

---

<sup>19</sup> Siehe hierzu auch KBV-Fortbildung, Heft 6 „Gesamtverträge und Gesamtvergütung“.

gen zu gewährleisten, dies entspricht der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts.

### 6.1.2 Honorarverteilungsmaßstab

Die Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) regeln somit im Hinblick auf diese gesetzlichen Anforderungen die Einzelheiten der Weitergabe der Gesamtvergütung an den Vertragsarzt.

Dabei sind auch die vom Bewertungsausschuss getroffenen Regelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab – EBM – zu beachten (§ 87 SGB V). Der Bewertungsausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen, dem je drei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und vom GKV-Spitzenverband benannte Mitglieder angehören. Die Geschäftsführung des Bewertungsausschusses wird durch das Institut des Bewertungsausschusses wahrgenommen. Träger dieses Instituts sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband (§ 87 Abs. 3b SGB V).

Der Vertragsarzt rechnet auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ab. Dieser enthält alle Leistungen in Form von Einzelleistungen und Pauschalen, die Vertragsärzte zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können. Der EBM bewertet die einzelnen Leistungen mit Punkten. Die Kassenärztliche Vereinigung dividiert die von den Krankenkassen erhaltene Gesamtvergütung in Euro durch die Summe aller von den Vertragsärzten abgerechneten Punkte. Das Ergebnis ist ein Punktwert, mit dem die vom Vertragsarzt erbrachten Leistungen vergütet werden. Grundlage des Arzthonorars für eine einzelne Leistung sind somit die Punkte, mit denen die ärztlichen Leistungen im EBM bewertet sind, und der Punktwert der Leistung, welcher sich nach Anwendung der regionalen Vergütungsvereinbarungen ergibt.

Weiterhin können Vertragsärzte auch Einnahmen aus gesonderten Vereinbarungen, wie die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen, z. B. „Hausarztmodelle“ oder strukturierte Behandlungsprogramme für Chroniker, erhalten. Zudem erzielen Ärzte Honorare für die Versorgung von privatversicherten Patienten, die nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden. Ärzte können auch sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen erbringen, die sie nach Vereinbarung eines schriftlichen Vertrages direkt mit dem gesetzlich krankenversicherten Patienten abrechnen. Da es sich hierbei um Leistungen handelt, die nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können, ist Abrechnungsgrundlage die GOÄ. Versorgt ein Vertragsarzt einen verletzten Patienten, der einen Arbeitsunfall oder einen Wegeunfall auf dem Weg zum Arbeitsplatz oder einen Schulunfall erlitten hat, kann er direkt bei dem zuständigen Unfallversicherungsträger seine Leistung nach dem zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung abgeschlossenen Gebührenverzeichnis, der UV-GOÄ (Anlage zum Vertrag Ärzte/ Unfallversicherungsträger), abrechnen.

### 6.1.3 Neuordnung der Vergütung seit 2009

Bis Ende 2008 ergab sich die Höhe der Gesamtvergütung einer Krankenkasse insbesondere aus der Zahl ihrer Mitglieder und der Höhe der sogenannten Kopfpauschale. Die Weiterentwicklung der Kopfpauschalen orientierte sich nicht am Behandlungsbedarf der Versicherten, sondern an der Lohnentwicklung der Versicherten. Mit den Kopfpauschalen wurden alle vertragsärztlichen Leistungen für Versicherte der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung abgegolten – Nachzahlungen der Krankenkassen waren generell ausgeschlossen.

Zum 01.01.2009 wurde das vertragsärztliche Vergütungssystem neu gestaltet und das Morbiditätsrisiko (Risiko von Ausgabensteigerungen auf Grund erhöhter Krankheitshäufigkeit) ging auf die Krankenkassen über. Auch wurde das von Kopfpauschalen und schwankenden Punktwerten geprägte Honorarsystem durch die sogenannten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sowie eine Euro-Gebührenordnung abgelöst. Die Euro-Gebührenordnung enthält Pauschalvergütungen sowie Einzelvergütungen für besonders förderungswürdige Leistungen (zum Beispiel Hausbesuche). Die Kosten- und Mengensteuerung erfolgte insbesondere über sogenannte Regelleistungsvolumina (RLV).

Gesetzliches Ziel des GKV-VStG 2012 ist die Gewährleistung einer flächendeckenden wohnortnahen medizinischen Versorgung, daher ist das Vergütungssystem wieder regionalisiert worden, nachdem zuvor durch Vorgaben auf Bundesebene eine stärkere Vereinheitlichung gewünscht war. Auf Bundesebene sind weiterhin Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die haus- und fachärztliche Versorgung durch die KBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu bestimmen sowie Vorgaben zur Mengensteuerung und zur Ausgestaltung der Rahmenvorgaben für besonders förderungswürdige Praxisnetze nach § 87b Abs. 4 SGB V. Voraussetzung für die Förderungswürdigkeit eines Praxisnetzes ist, dass dieses der Verbesserung der ambulanten Versorgung dient und das Praxisnetz von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt wird. Unter Praxisnetz versteht der Gesetzgeber in der amtlichen Begründung den Zusammenschluss von Vertragsärztinnen und -ärzten verschiedener Fachrichtungen zur interdisziplinären, kooperativen und medizinisch ambulanten, insbesondere wohnortnahen Betreuung und Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Mit dem GKV-VStG wird auch die Begrenzungsregelung für medizinisch nicht begründbare Ausgabenentwicklungen der sogenannten extrabudgetär zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen aufgehoben (z. B. das ambulante Operieren, belegärztliche Versorgung) und der Grad der Pauschalierung im EBM zurückgenommen, damit förderungswürdige Einzelleistungen und Leistungskomplexe besser berücksichtigt werden können.

## 6.2 Abrechnungsprüfung<sup>20</sup>

Die Prüfung der Abrechnung der Vertragsärzte ist eine gesetzliche Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnung fest, sogenannte Abrechnungsprüfung (§ 106a SGB V).

Bestandteil dieser sachlich-rechnerischen Prüfung ist die sogenannte Plausibilitätsprüfung sowie Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Bei der Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu berücksichtigen. Für diese Prüfung ist ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarter Zeitrahmen anzuwenden.

Durch das GMG neu eingeführt worden ist eine weitere Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen, die zum Beispiel das Bestehen und den Umfang ihrer Leistungspflicht und die Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose umfasst (§ 106a Abs. 3 SGB V). Die Krankenkassen können bei Implausibilität eine Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung oder die Prüfungsgremien veranlassen.

Die Kassenärztliche Vereinigung ist zuständig für:

- sachlich-rechnerische Richtigstellung
- Plausibilitätsprüfung

Die Krankenkasse ist zuständig für:

- Bestehen der Leistungspflicht und Umfang
- Plausibilität der ärztlichen Diagnosen
- Mehrfachinanspruchnahme

## 6.3 Wirtschaftlichkeitsgebot und Wirtschaftlichkeitsprüfung<sup>21</sup>

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

<sup>20</sup> Siehe hierzu auch KBV-Fortbildung, Heft 12 „Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen“.

<sup>21</sup> Siehe hierzu auch KBV-Fortbildung, Heft 9 „Die Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung und die Wirtschaftlichkeitsprüfung“.

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 Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 SGB V) und in den Verträgen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen (§ 72 Abs. 2 SGB V) konkretisiert wird.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen gem. § 106 SGB V. Seit dem GKV-WSG 2008 ist anstelle des früheren Prüfungsausschusses eine Prüfungsstelle mit einem von den Vertragspartnern bestellten hauptamtlichen Leiter tätig. Damit sind die Prüfungsausschüsse nicht mehr wie bisher mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen besetzt. Der Gesetzgeber begründet diese Veränderung der Organisationsstruktur mit einer Verfahrensbeschleunigung. Als Widerspruchsinstanz bleibt der Beschwerdeausschuss bestehen. Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nehmen ihre Aufgaben eigenverantwortlich wahr, wobei der Beschwerdeausschuss bei seinen laufenden Geschäften von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt wird.

Die Prüfungen sind auf zwei obligatorische Prüfungsarten beschränkt:

- die Auffälligkeitsprüfung bei der Richtgrößenprüfung nach § 84 SGB V für Verordnungen (§ 106 Abs. 2 Nr. 1 SGB V)
- die Zufälligkeitsprüfung bei ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen (Stichprobenprüfung nach § 106 Abs. 2 Nr. 2 SGB V)

Die Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten kann zwischen den Partnern auf Landesebene fakultativ vereinbart werden.

Vertragsärzte, die gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen, haben mit Honorarkürzungen bzw. mit Regressen zu rechnen. Die Festlegung unwirtschaftlichen Verhaltens wird durch einen sozialgerichtlich nachprüfaren Bescheid bekanntgegeben. Allerdings soll bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % kein Regress festgesetzt werden, bevor nicht den betroffenen Vertragsärzten zumindest eine einmalige Beratung angeboten wird. Zudem wird ihnen die Möglichkeit eingeräumt, in begründeten Fällen im Rahmen dieser Beratung eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten zu beantragen. Der Gesetzgeber reagiert damit in einem ersten Schritt auf die Kritik aus der Ärzteschaft, die die Regressforderungen und das damit verbundene wirtschaftliche Risiko im Hinblick auf die Förderung des ärztlichen Nachwuchses für unvereinbar hält. Dieser Grundsatz „Regress vor Beratung“ gilt seit 2012 für alle laufenden und nachfolgenden Verfahren der Prüfungsgremien, auch wenn sie zurückliegende Prüfzeiträume betreffen (§ 106 Abs. 5e SGB V).

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.

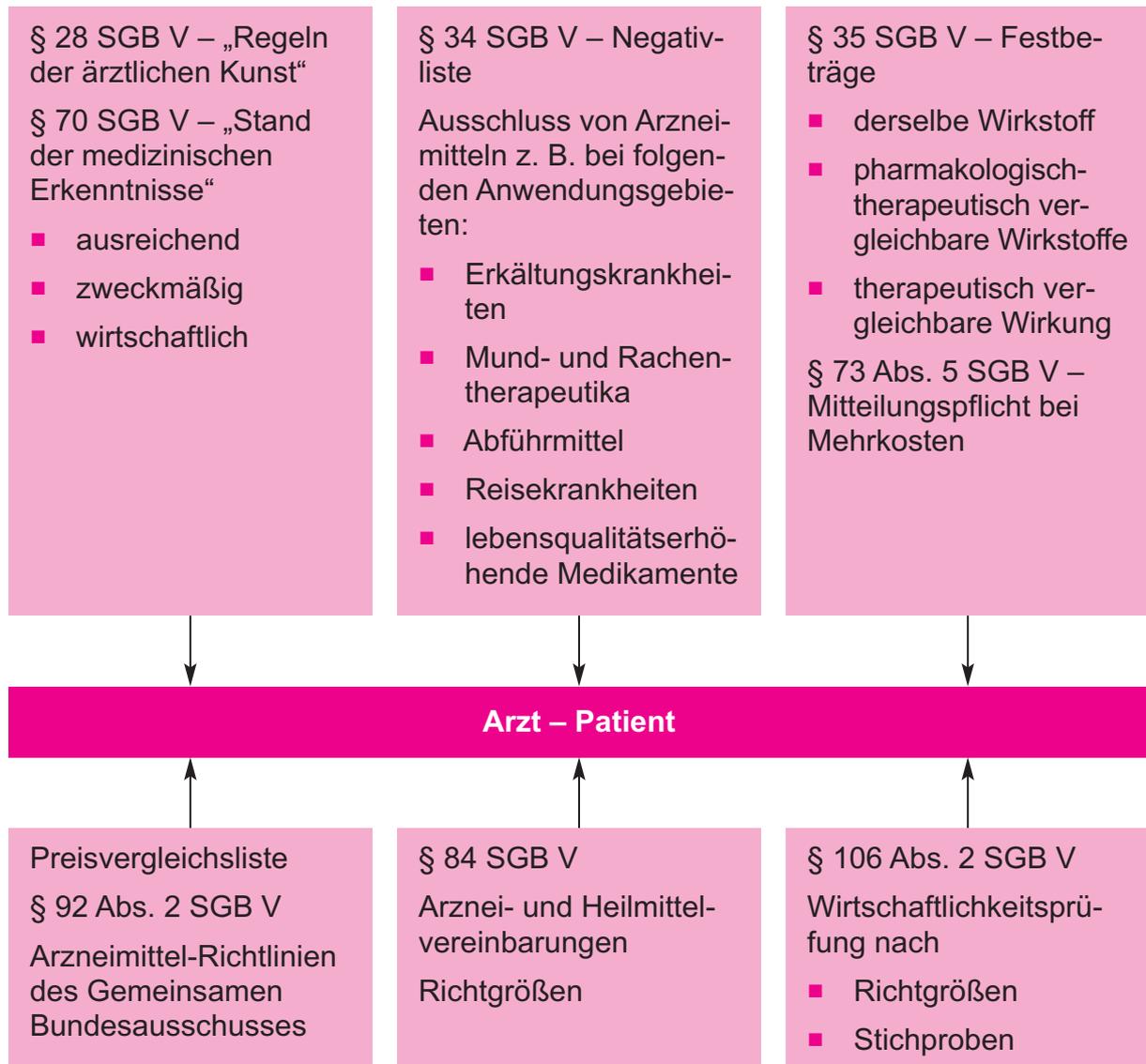


Abbildung 10: Arzt-/Patientenverhältnis im Spannungsfeld gesetzlicher Regelungen

## 7 Organisation und Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung<sup>22</sup>

### 7.1 Organisation

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Pflichtmitgliedschaft und Träger mittelbarer Staatsverwaltung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden die Kassenärztliche Bundesvereinigung (§ 77 Abs. 4 SGB V). Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind die zugelassenen Ärzte, die ermächtigten Krankenhausärzte und die bei Vertragsärzten in Medizinischen Versorgungszentren und in Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 Satz 1 SGB V mindestens halbtagsangestellten Ärzte (§ 77 Abs. 3 SGB V). Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden eine Vertreterversammlung als Selbstverwaltungsorgan und ein hauptamtlicher Vorstand gebildet. Die Vertreterversammlung beschließt z. B. die Satzung, überwacht den Vorstand, trifft die Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung und stellt den Haushaltsplan fest. Der hauptamtliche Vorstand, der für die Dauer von 6 Jahren gewählt wird, verwaltet die Körperschaft und vertritt sie gerichtlich und außergerichtlich.

Die Aufsicht über die Kassenärztliche Bundesvereinigung führt das Bundesministerium 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 das Bundesministerium für Gesundheit mindestens alle fünf 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.

---

<sup>22</sup> Siehe hierzu auch KBV-Fortbildung, Heft 1 „Aufgaben und Organisation ärztlicher Körperschaften und Verbände“.

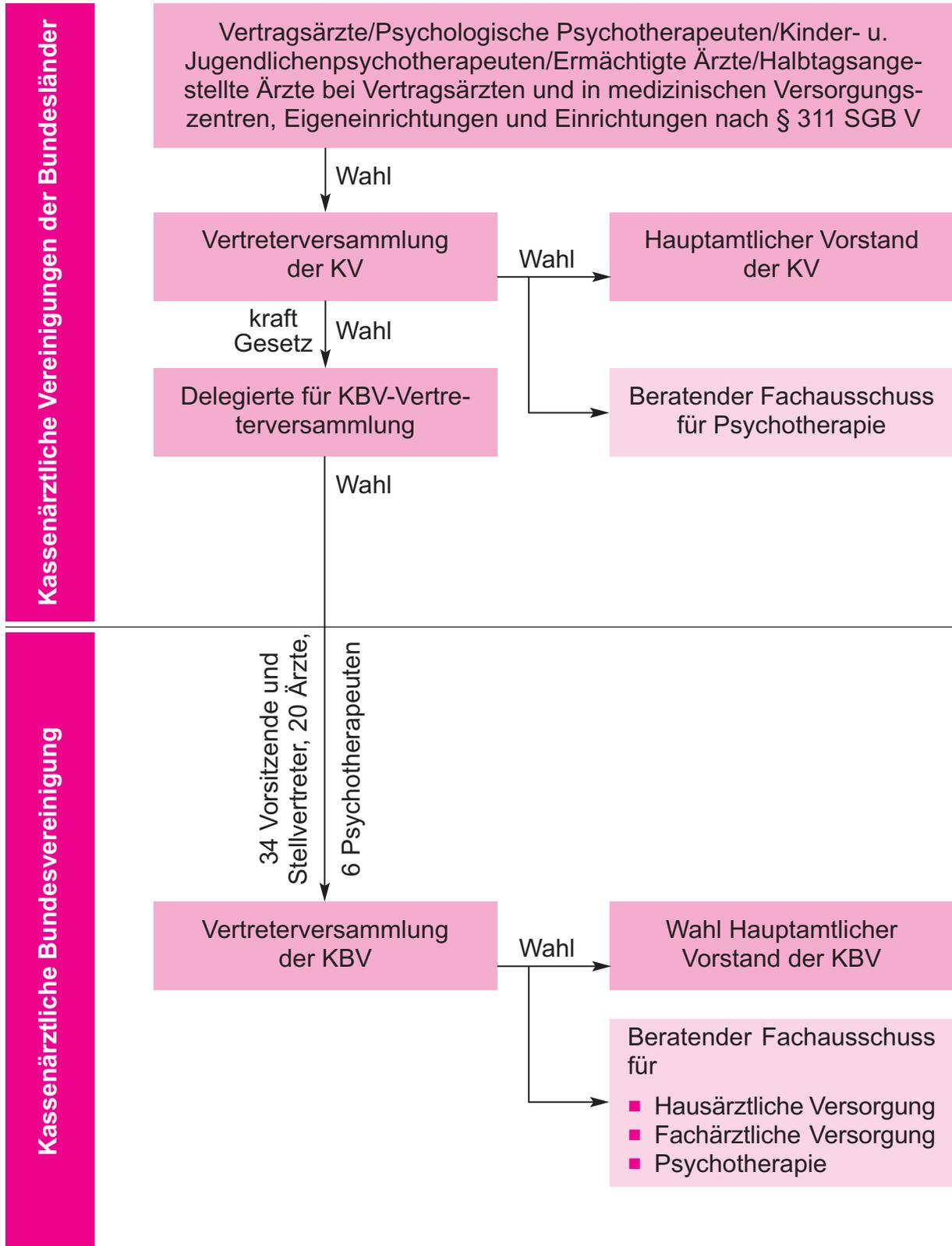


Abbildung 11: Organisation der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ab 01.01.2005

## 7.2 Aufgaben

Die Kassenärztlichen Vereinigungen nehmen verschiedene Funktionen wahr. Sie haben die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen und bestimmter Versorgungsberechtigter (z. B. Bundeswehrangehöriger) sicherzustellen und als genossenschaftlicher Zusammenschluss der Vertragsärzte deren wirtschaftliche und berufliche Interessen im Verhältnis zu den Krankenkassen zu wahren. Zwischen den verschiedenen Funktionen der Kassenärztlichen Vereinigung besteht ein Spannungsverhältnis, das besonders im Bereich Öffentlichkeitsarbeit deutlich wird. Die Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts und Träger mittelbarer Staatsverwaltung haben nach Rechtsprechung und Literatur kein allgemeinpolitisches Mandat, echte oder angebliche Missstände im Staatswesen mit Öffentlichkeitskampagnen anzuprangern. Sie sind allerdings auch nicht gehindert, sich zu gesundheits- und sozialpolitischen Fragen zu äußern, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem gesetzlichen Aufgabenkatalog einer Kassenärztlichen Vereinigung stehen und können in diesem Rahmen eine allgemeine Öffentlichkeitsarbeit betreiben, u. a. um Verständnis für die Belange der Vertragsärzte zu gewinnen. Diese Hinweise sind in dem Papier über die Grundsätze für die Rechtsaufsicht über Kassenärztliche Vereinigungen bei Aktivitäten im Grenzbereich zwischen gesetzlichen Aufgaben und politischer Betätigung vom 22.01.2003, ergänzt am 27./28.11.2003, durch die Arbeitsgruppe der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger niedergelegt worden. Schwierig bleibt die Abgrenzung im Einzelfall, entscheidend ist das Prinzip der Sachlichkeit, das Äußerungen mit unsachlichem oder polemischem Inhalt verbietet.

### 7.2.1 Interessenvertretung

Die Interessen der freiberuflichen Vertragsärzte, insbesondere auf angemessene Vergütung ihrer Leistungen, werden auf Bundesebene durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung beim Abschluss von Verträgen mit dem GKV-Spitzenverband und durch die Mitarbeit von Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung (z. B. Gemeinsamer Bundesausschuss, 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 Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung (z. B. Zulassungsausschüsse, Berufungsausschüsse, Schiedsämter, Landesausschüsse 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.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können auch Aufgaben als Dienstleister für Vertragsärzte, z. B. Beratung beim Abschluss von Verträgen, übernehmen. Zu diesem Zweck können sie Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a SGB V gründen.

Neben der Interessenwahrnehmung und Beratung von Vertragsärzten 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.

### 7.2.2 Sicherstellungsauftrag

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben gegenüber den Krankenkassen die Gewähr für eine den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entsprechende ambulante Versorgung übernommen. Die Sicherstellung umfasst auch 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. Sicherstellung bedeutet demzufolge, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer gesetzlichen und vertraglichen Befugnisse alle Maßnahmen ergreifen, die einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse genügen und auch das Recht der Ärzte auf angemessene Vergütung ihrer Leistungen beachten (§§ 70, 72 Abs. 2 SGB V). Verzichtet in einem Planungsbereich eine größere Zahl von Ärzten in einer kollektiven Aktion auf ihre Zulassung und wird dadurch die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet, geht der Sicherstellungsauftrag gem. § 72a SGB V auf die Krankenkassen über. Die Regelung des § 72a SGB V dient dazu, die Krankenkassen in die Lage zu versetzen, im Falle einer Gefährdung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten aufgrund kollektiven Zulassungsverzichts die erforderlichen Maßnahmen zur ärztlichen Versorgung ihrer Versicherten zu ergreifen. In einem solchen Fall gestattet es § 72a Abs 1 SGB V der Aufsichtsbehörde, mit Hilfe eines Feststellungsbescheids die eigentlich in § 75 SGB V generell der Kassenärztlichen Vereinigung übertragene Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung regional umgrenzt und zeitlich solange als nötig auf die Krankenkassen überzuleiten. Ergänzend hierzu legt § 95b Abs. 2 SGB V fest, dass Vertragsärzte, die in einem mit anderen Vertragsärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf ihre Zulassung verzichtet und damit zugleich bewirkt haben, dass der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übergeht, eine erneute Zulassung frühestens nach Ablauf von sechs Jahren nach Abgabe der Verzichtserklärung erhalten können. Eine Behandlung gesetzlich Krankenkassenversicherter und die Abrechnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung – auch nicht durch Kostenerstattung – ist innerhalb des Sechs-Jahreszeitraumes ausgeschlossen.

Der Sicherstellungsauftrag betrifft somit die Ebene der gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen Ärzten und Krankenkassen und die Ebene der Selbstverwaltung der Vertragsärzte.

### 7.2.3 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. Gewährleistet wird eine ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten, die den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Zur Durchsetzung des Gewährleistungsauftrages werden den kassenärztlichen Vereinigungen Sanktionsmöglichkeiten im Form von Disziplinarmaßnahmen eingeräumt (§§ 75 Abs. 2, 81 SGB V).

### 7.2.4 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 (bis zu Zehntausend Euro)
- Anordnung des Ruhens der Zulassung oder der vertragsärztlichen Beteiligung bis zu zwei Jahren

Zuständig ist der Disziplinarausschuss.

Die Befugnis zur Verhängung einer Disziplinarmaßnahme richtet sich gegen die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen und gegen 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 schuldhaft 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 Verweige-

rung 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.

### **7.2.5 Korruptionsbekämpfungseinrichtungen**

Nach § 81a SGB V sind bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu errichten.

Mit dieser Vorschrift soll nach dem Willen des Gesetzgebers erreicht werden, dass Fälle von Korruption und Fehlverhalten im Gesundheitswesen frühzeitig und umfassend aufgeklärt werden. Diese Stellen haben Fällen oder Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder aufsichtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenärztlichen Bundesvereinigung hindeuten. Diese Stellen ersetzen nicht die sonstigen Einrichtungen der ärztlichen oder gemeinsamen Selbstverwaltung (z. B. Disziplinarausschüsse), sondern werden daneben aufgrund konkreter Hinweise im Bereich der Vermögenstatbestände tätig.

---

## Literaturverzeichnis

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

Vertragsarztrecht kompakt (H. D. Schirmer, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln)

Ärztliches Berufsrecht (begründet von Narr, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln)

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

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Schallen, Verlag C. F. Müller, Heidelberg)

Kommentar zum SGB V (Eichenhofer/Wenner, Wolters Kluwer, Köln)

Kommentar Vertrag Ärzte/Unfallversicherung (Deutscher Ärzte-Verlag, Köln)

MVZ-Leitfaden (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln )

## 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 Möglichkeiten und die Voraussetzungen, um an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen!
5. Was ist ein medizinisches Versorgungszentrum?
6. Welche Aufgaben hat der Zulassungsausschuss und was macht hat der Landesausschuss?
7. Nennen Sie einige Rechte und Pflichten des Vertragsarztes!
8. Erklären Sie den Begriff „Gesamtvergütung“!
9. Welchen Prüfungen unterliegt die Quartalsabrechnung des Vertragsarztes?
10. Beschreiben Sie den Sinn der Wirtschaftlichkeitsprüfung!
11. Welche Aufgaben nimmt die Kassenärztliche Vereinigung wahr?

## Schlagwortverzeichnis

<b>Schlagwort</b>	<b>Seite</b>
Abrechnungsprüfung	52
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	31
Angestellter Arzt	43, 48
Berufungsausschuss	39, 41
Besondere ambulante ärztliche Versorgung	32
Disziplinarmaßnahmen	59
Eigeneinrichtungen	23, 55, 56
Einrichtungen nach § 311	25, 46
Ermächtigung	8, 25, 33, 35, 39, 41, 44, 45, 49
Freiberuflichkeit	22, 26
Gemeinsame Selbstverwaltung	10
Gemeinsamer Bundesausschuss	10, 11, 57
Gesamtvergütung	16, 18, 30, 49, 50, 51, 62
Gewährleistungsauftrag	59
Hausarztzentrierte Versorgung	31
Honoraranspruch	49
Honorarverteilungsmaßstab	50
Integrierte Versorgung	32
Interessenvertretung	57
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	24, 25
Kollektivvertragssystem	16, 23, 34
Korruptionsbekämpfungseinrichtungen	60
Krankenhäuser	30, 31, 46
Landesausschuss	10, 23, 34, 36, 39, 40, 41, 62
Medizinische Versorgungszentren	25, 26, 40, 43
Normenhierarchie	12
Patientenbeteiligung	12
Patientenrechtegesetz	19, 27
Psychologische Psychotherapeuten	24, 25

---

Sachleistungsprinzip	22, 53
Selektivvertragssystem	23, 24, 28, 31
Sicherstellungsauftrag	16, 58, 59
Sonderbedarf	38
Wirtschaftlichkeitsprüfung	52, 53, 54, 62
Zulassung	8, 12, 15, 17, 25ff., 30f., 33ff., 41ff., 48f., 58f.
Zulassungsausschuss	10, 23, 26, 30, 34ff., 48, 59, 62
Zulassungsbeschränkung	39

## Übersicht der bereits erschienenen KBV-Fortbildungshefte

(Stand: August 2014)

- Heft 1            Aufgaben und Organisation ärztlicher Körperschaften und Verbände  
Autor:        Dipl.-Ök. I. Quasdorf  
Stand:        2014
- Heft 2            Die gesetzliche Krankenversicherung  
Autor:        Dipl.-Ök. I. Quasdorf  
Stand:        2014
- Heft 3            Einführung in das Vertragsarztrecht  
Autor:        Ass. jur. B. Berner  
Stand:        2014
- Heft 4            Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung  
Autor:        Ass. jur. B. Hartz  
Stand:        2014
- Heft 5            Die Bundesmantelverträge  
Autoren:     RA Dr. jur. G. Nösser  
                 Ass. jur. E. Jolitz  
Stand:        2009
- Heft 6            Gesamtverträge und Gesamtvergütung  
Autor:        Dr. rer. soc. Th. Kriedel  
Stand:        2012
- Heft 7            Die Datenwelt der vertragsärztlichen Versorgung  
Autor:        Dipl.-Kfm. K. Wilkening  
Stand:        2007
- Heft 8            Grundbegriffe des Verwaltungsrechts  
Autor:        Ass. jur. A. Genzel  
Stand:        2014
- Heft 9            Die Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung und die  
Wirtschaftlichkeitsprüfung  
Autor:        Dipl.-Vwt. S. Freund  
Stand:        2013
- Heft 10           Der Gemeinsame Bundesausschuss und seine Richtlinien zur  
vertragsärztlichen Versorgung  
Autor:        Dr. med. P. Rheinberger  
Stand:        2009

- Heft 11      Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung  
Autor:      Dr. habil. R. Pfandzelter  
Stand:      2014
- Heft 12      Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen, Fremdkassenzahlungs-  
ausgleich und Honorarverteilung  
Autor:      Dipl.-Vwt. D. Bollmann  
Stand:      2008