



KBV

FORTBILDUNG

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



Aufgaben und Organisation ärztlicher Körperschaften und Verbände

Stand: 2014



1

Aufgaben und Organisation ärztlicher Körperschaften und Verbände

Autorin: Dipl.-Ök. Ingrid Quasdorf

Stand: April 2014

Diplom-Ökonomin Ingrid Quasdorf
Senior-Referentin
Dezernat Sektorenübergreifende Qualitätsförderung,
Versorgungskonzepte, Qualitätsmanagement, Patientensicherheit
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

Abkürzungsverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	7
Lernziele	8
1 Allgemeines	9
2 Die Kassenärztlichen Vereinigungen	10
2.1 Entstehungsgeschichte	10
2.2 Mitgliedschaft	11
2.3 Rechtsstatus	13
2.4 Organe	14
2.5 Geschäftsführung	16
2.6 Satzung	16
2.7 Aufgaben	17
2.8 Aufbringung der Mittel	30
2.9 Die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder	30
3 Die Kassenärztliche Bundesvereinigung	33
3.1 Rechtsstatus und Organe	33
3.2 Aufgaben	36
4 Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland	39
5 Die Ärztekammern	40
5.1 Mitgliedschaft	40
5.2 Rechtsstatus	40
5.3 Organisation	40
5.4 Organe	41
5.5 Aufgaben	41
6 Die Bundesärztekammer	43
6.1 Mitglieder	43
6.2 Organe	43
6.3 Aufgaben	43

7	Die Psychotherapeutenkammern	46
7.1	Mitgliedschaft	46
7.2	Rechtsstatus	46
7.3	Organe	46
7.4	Aufgaben	46
8	Die Bundespsychotherapeutenkammer	48
8.1	Mitglieder	48
8.2	Organe	48
8.3	Aufgaben	48
9	Freie ärztliche Verbände	49
9.1	Der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V.	49
9.2	NAV • Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V.	50
9.3	Der Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V. (mb)	51
10	Die Berufsverbände	53
10.1	Der Deutsche Hausärzterverband e. V.	53
10.2	Der Berufsverband Deutscher Internisten e. V. (BDI)	54
10.3	Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V.	55
10.4	Die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB)	55
11	Wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften	56
	Literaturverzeichnis	57
	Fragen zur Selbstkontrolle	58
	Schlagwortverzeichnis	59
	Übersicht der bereits erschienenen KBV-Fortbildungshefte	61

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AEKV	Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BÄK	Bundesärztekammer
BAR	Bundesarztregister
BAT	Bundes-Angestelltentarif
BDA	Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzteverband e. V.
BDI	Bundesverband Deutscher Internisten e. V.
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BPA	Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands e. V.
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
EG	Europäische Gemeinschaft
e. V.	eingetragener Verein
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
FDGB	Freier Deutscher Gewerkschaftsbund
GO	Gebührenordnung
GFB	Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände
GHB	Gemeinschaft Hausärztlicher Berufsverbände
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz)
GRG	Gesundheits-Reformgesetz

GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
i. d. R.	in der Regel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
K. d. ö. R.	Körperschaft des öffentlichen Rechts
KV	Kassenärztliche Vereinigung
mb	Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.
NAV	Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, Virchow-Bund, DAZ e. V.
NOG	Neuordnungsgesetz
PsychThG	Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz)
SGB	Sozialgesetzbuch
SpiFa	Spitzenverband Fachärzte e. V.
s. u.	siehe unten
VÄndG	Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz)
v. H.	vom Hundert
VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Die Interessenvertretung24
Abbildung 2:	Die Gewährleistungspflicht25
Abbildung 3:	Das Beziehungsfünfeck29
Abbildung 4:	Lage der Kassenärztlichen Vereinigungen in der Bundesrepublik Deutschland30
Abbildung 5:	Organe der KBV34
Abbildung 6:	Organisation der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ab 01.01.200538
Abbildung 7:	Die Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern – Deutscher Ärztetag)45

Lernziele

Wenn Sie dieses Fortbildungsheft durchgearbeitet haben, sollten Sie die Aufgaben und Organisation der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Landesärzte- und -psychotherapeutenkammern und der Bundesärzte- und -psychotherapeutenkammer erklären können und die wichtigsten Verbände kennen.

Im Einzelnen sollten Sie

- wissen, warum die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung Körperschaften des öffentlichen Rechts sind;
- den organisatorischen Aufbau der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erläutern können;
- die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, ihre Rechtsgrundlagen und die wichtigsten Instrumente zur Erfüllung dieser Aufgaben erklären können;
- den organisatorischen Aufbau der Kammern und ihre Aufgaben beschreiben können;
- die Besonderheit und die Aufgaben der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer erläutern können;
- einige berufspolitische Verbände der Ärzte und deren wichtigste Ziele nennen können und
- wissen, dass es eine Vielzahl wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften gibt.

1 Allgemeines

Die Organisation der Ärzteschaft in der Bundesrepublik Deutschland lässt sich nach drei Strukturprinzipien gliedern:

- **Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Pflichtmitgliedschaft**
- **Verbände mit freiwilliger Mitgliedschaft und vorwiegend berufspolitischen Zielen**
- **wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften**

Die Vielzahl ärztlicher Verbände, Gruppierungen und Gesellschaften knüpft an vorhandene Traditionen an, ist aber erst seit 1945 zu der heute bestehenden Vielfalt angewachsen. Aktuell ist zu beobachten, dass sich unter dem Druck der Gesundheitsgesetzgebung Verbände und Gruppierungen zusammenschließen, um ihr politisches Gewicht zu verstärken; neue Organisationen entstehen.

Körperschaften des öffentlichen Rechts (K. d. ö. R.) sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sowie die Ärztekammern und Psychotherapeutenkammern der Länder. Die Bundesärztekammer (BÄK) und die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) sind jeweils als Arbeitsgemeinschaft der Ärztekammern bzw. der Landespsychotherapeutenkammern auf Bundesebene organisiert.

Sofern in den Ausführungen dieses Heftes von Ärzten gesprochen wird, schließt das i. d. R. die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein; abweichende Sachverhalte werden explizit erwähnt. Bei personenbezogenen Bezeichnungen gilt die männliche Form für beide Geschlechter. Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die Erwähnung der weiblichen Form verzichtet.

2 Die Kassenärztlichen Vereinigungen

2.1 Entstehungsgeschichte¹

Die Rechtsbeziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen in der Anfangsphase der Krankenversicherung seit Inkrafttreten der Bismarckschen Sozialgesetzgebung waren gekennzeichnet durch den Abschluss von Einzeldienstverträgen zwischen den einzelnen Krankenkassen und abschlussbereiten Ärzten. Die Vertragsbedingungen konnten wegen der großen Zahl verfügbarer Ärzte durch die Krankenkassen vorgegeben werden. Dadurch gerieten die Ärzte zunehmend in eine finanzielle Abhängigkeit von den Krankenkassen. Sie schlossen sich im Jahre 1900 zu einem Kampfverband, dem Verband der Ärzte Deutschlands (Leipziger Verband, später Hartmannbund) zusammen, um ihre Rechtsposition gegenüber den Krankenkassen wirksamer wahrnehmen zu können. Dies führte zu streikähnlichen Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Krankenkassen, die den sozialen Frieden empfindlich störten und die Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung gefährdeten. Mit dem Berliner Abkommen vom 23.12.1913 sowie mit der Verordnung über Ärzte und Krankenkassen vom 30.10.1923 wurde zunächst versucht, auf der Grundlage des Einzelvertragssystems den sozialen Frieden zu sichern durch

- die Vorgabe fester Verhältniszahlen für die Zulassung von Kassenärzten,
- die Einrichtung von Arztregistern mit einer Auswahlentscheidung durch Registerausschüsse für die Eintragung in diese Arztregister,
- die Einrichtung von Vertragsausschüssen für die Vorgabe des Inhaltes von Einzelverträgen und
- die Einrichtung eines zentralen Ausschusses bzw. späteren Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen zur Beschlussfassung von Richtlinien über Zulassungskriterien und Vertragsinhalte.

Die Fortsetzung dieser Bemühungen scheiterte an der wirtschaftlichen Rezession im Jahre 1930 und an der – zur Behebung der wirtschaftlichen Schwierigkeiten der Krankenkassen erlassenen – Notverordnung vom 26.07.1930, die die Krankenkassen erneut berechtigte, Einzelverträge mit Ärzten ihrer Wahl abzuschließen. Wieder einsetzende Arbeitskämpfe waren Anlass der Notverordnung des Reichspräsidenten und der Reichsregierung vom 08.12.1931, die zur Ablösung des Einzelvertragssystems durch ein Kollektivvertragssystem und zur Errichtung Kassenärztlicher Vereinigungen als Vertragspartner der Krankenkassen führte. Die Struktur dieser Kassenärztlichen Vereinigungen hat sich im Grundsatz in den Folgejahren nicht mehr geändert. Erst mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) wurde den KVen und der KBV mit Wirkung ab 01.01.2005 eine neue Struktur vorgegeben.

In der ehemaligen DDR wurden die Verwaltungsstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands als Abrechnungsstellen in den Freien Deutschen Gewerkschafts-

¹ Vgl. hierzu KBV-Fortbildung, Heft 2 „Die gesetzliche Krankenversicherung“.

bund integriert. Sie bestanden – teilweise zusammengelegt – bis nach der deutschen Wiedervereinigung fort. Durch den Einigungsvertrag vom 31.08.1990 und das Einigungsvertragsgesetz vom 23.10.1990 wurden für das Beitrittsgebiet die Grundlagen für die Angleichung des Systems der ambulanten ärztlichen Versorgung geschaffen. Seit 1991 besteht in jedem der fünf neuen Bundesländer eine KV in der Form einer Körperschaft des öffentlichen Rechts.

2.2 Mitgliedschaft²

Mit der Errichtung Kassenärztlicher Vereinigungen durch die Verordnung des Reichspräsidenten vom 08.12.1931 als genossenschaftlicher Zusammenschluss der Kassenärzte wurde die Wahrung der Rechte der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen, die vorher vom Hartmannbund (Leipziger Verband) als zivilrechtlicher Vereinigung mit freiwilliger Mitgliedschaft wahrgenommen worden waren, auf eine Körperschaft des öffentlichen Rechts verlagert. Die heutige Rechtsgrundlage für die Errichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen bildet § 77 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V). Danach errichten die Vertragsärzte³ für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche Vereinigung zur Erfüllung der ihnen durch dieses Buch übertragenen Aufgaben. Im Bundesland Nordrhein-Westfalen bestehen aufgrund ihrer Mitgliederzahlen zwei KVen (Nordrhein und Westfalen-Lippe).

Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind die zugelassenen Ärzte, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren oder bei Vertragsärzten nach § 95 Abs. 9 und Abs. 9a SGB V angestellten Ärzte und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausärzte. Voraussetzung für die Mitgliedschaft angestellter Ärzte ist, dass sie mindestens halbtags beschäftigt sind. Die Mitgliedschaft des Arztes in seiner Kassenärztlichen Vereinigung wird begründet durch

- die **Eintragung in das Arztregister** der für seinen Wohnsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Diese Eintragung ist ihrerseits abhängig
 - vom Nachweis der **Approbation** als Arzt in der Bundesrepublik und
 - vom erfolgreichen Abschluss entweder einer allgemeinmedizinischen **Weiterbildung** oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung.

Darüber hinaus kann auch der Nachweis einer Qualifikation, die auf der Grundlage des geltenden europäischen Rechts erworben worden ist, die Voraussetzungen für die Eintragung in das Arztregister erfüllen. Regelungen dazu enthalten § 95a Abs. 4 und 5 SGB V bzw. die Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates vom 07.09.2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (2005/36/EG).

² Vgl. hierzu KBV-Fortbildung, Heft 4 „Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung“.

³ Durch das „Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG)“ vom 21.12.1992 (BGBl. I S. 2266) wurde die Unterscheidung in Kassenarzt (Primärkassen) und Vertragsarzt (Ersatzkassen) aufgehoben und die einheitliche Zulassung als „Vertragsarzt“ eingeführt.

Daneben sind die Geburtsurkunde und der Nachweis der ärztlichen Tätigkeit nach erfolgter ärztlicher Prüfung für die Eintragung in das Arztregister vorzulegen.

Die Eintragung in das Arztregister begründet noch nicht das Recht und die Pflicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

- den Beschluss des Zulassungsausschusses über die **Zulassung als Vertragsarzt** für den vom Arzt beantragten Vertragsarztsitz, wobei diese Zulassung zu erteilen ist, wenn
 - bei einem Antrag auf Zulassung für ein medizinisches Fachgebiet die Urkunde einer Ärztekammer mit dem Recht zum Führen einer bestimmten **Gebietsbezeichnung** vorliegt,
 - die für die Zulassung **erforderlichen Urkunden** und Nachweise vorgelegt werden (§ 18 Ärzte-ZV),
 - der Zulassungsbezirk, in dem der beantragte Vertragsarztsitz liegen soll, nicht für Neuzulassungen gesperrt ist und
 - keine Gründe vorliegen, die den antragstellenden Arzt für die Ausübung einer vertragsärztlichen Tätigkeit **ungeeignet** machen (anderweitiges Beschäftigungsverhältnis, schwerwiegende Mängel in der Person des Arztes).

Als Mitglied kann der Arzt

- in die Organe der Kassenärztlichen Vereinigung (dazu unter 2.4) und
- in bestimmte Ausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigung und der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen gewählt werden.

In den Kassenärztlichen Vereinigungen der fünf neuen Bundesländer sowie in der KV Berlin sind auch die angestellten Ärzte in ambulanten Gesundheitseinrichtungen, die nach § 311 Abs. 2 SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind (Polikliniken etc.), Mitglieder der KV.

Seit dem 01.01.1998 werden Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, wenn sie

- die Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes und den Fachkundenachweis für Verfahren der Richtlinienpsychotherapie besitzen und
- in das Arztregister eingetragen sind.

Seit dem 01.01.1999 gilt die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte entsprechend auch für Psychotherapeuten.

2.3 Rechtsstatus

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind kraft Gesetzes als **Körperschaften des öffentlichen Rechts** errichtet. Damit wird erreicht, dass

- alle zugelassenen oder ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten Pflichtmitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigung sind, da – anders als bei privatrechtlichen Vereinen – als Folge der gesetzlich begründeten Mitgliedschaft (**Pflichtmitgliedschaft**) die Möglichkeit des Austrittes aus der Körperschaft des öffentlichen Rechts ohne gleichzeitige Aufgabe dieser Mitgliedschaft begründenden Status (hier: zugelassener/ermächtigter Arzt/Psychotherapeut) nicht besteht,
- sich als Folge dieser Pflichtmitgliedschaft das **Satzungsrecht** der Kassenärztlichen Vereinigung und seine **Verbindlichkeit** auf alle zugelassenen/ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten erstreckt und
- bei schwerwiegenden Verstößen von Vertragsärzten und -psychotherapeuten gegen die ihnen gesetzlich, vertraglich oder nach Maßgabe der Satzung auferlegten vertragsärztlichen Pflichten durch den Disziplinarausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung **Disziplinarmaßnahmen** ausgesprochen werden können.

Die **Übertragung öffentlich-rechtlicher Aufgaben**, die **Pflichtmitgliedschaft** und die **Disziplinarbefugnis** charakterisieren daher die Errichtung von Körperschaften des öffentlichen Rechts, ohne dass diese Kriterien bei allen bestehenden Körperschaften vorliegen müssen und ohne dass die Aufgaben einer Körperschaft hierauf beschränkt wären. Eine wesentliche Eigenart der Kassenärztlichen Vereinigungen als genossenschaftlicher Zusammenschluss der Vertragsärzte und -psychotherapeuten ist die **Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen** der Vertragsärzte und -psychotherapeuten gegenüber den Krankenkassen, anderen Kostenträgern und den gesetzgebenden Organen in Bund und Ländern. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben daher nicht nur hoheitliche Aufgaben wahrzunehmen, sondern sind daneben vergleichbar wie eine Gewerkschaft tätig.

Bei Übertragung öffentlicher Aufgaben in die Zuständigkeit einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft behält sich der Staat die Rechtsaufsicht über diese Körperschaft und die Genehmigung der Satzung der Körperschaft vor. Dies gilt auch für die Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie unterstehen der **Rechtsaufsicht** der für die Sozialversicherung nach Landesrecht zuständigen obersten Verwaltungsbehörde. Diese Rechtsaufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Sie umfasst

- die Möglichkeit, den vom Vorstand aufgestellten und von der Vertreterversammlung festgestellten Haushaltsplan innerhalb eines Monats nach Vorlage zu beanstanden, soweit gegen Gesetz oder sonstiges für die Kassenärztliche Vereinigung maßgebendes Recht verstoßen wird,
- die Bindung der Kassenärztlichen Vereinigung an die Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung, soweit die darin niedergelegten Grundsätze über die Aufstellung des Haushaltsplanes, seine Ausführung, die Rechnungsprüfung und die Entlastung der Vorsitzenden sowie die Zahlung, die Buchführung und die Rechnungslegung für Kassenärztliche Vereinigungen entsprechend anwendbar sind,

- die Verpflichtung zur Vorlage von Übersichten über die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse sowie sonstigem statistischen Material aus dem jeweiligen Geschäftsbereich bei den Aufsichtsbehörden,
- die Verpflichtung zur Vorlage von Gesamtverträgen (Vergütungsvereinbarungen) mit der Möglichkeit einer Beanstandung innerhalb von zwei Monaten bei Rechtsverstößen,
- die Verpflichtung zur Einholung einer Genehmigung für bestimmte Vermögensanlagen, insbesondere für den Erwerb von Grundstücken und grundstücksgleichen Rechten durch die zuständige Aufsichtsbehörde,
- die Vorlage der – von der Vertreterversammlung beschlossenen – Satzungsänderungen zur Genehmigung durch die betreffende Aufsichtsbehörde und
- die Möglichkeit der Übernahme der Geschäfte der Kassenärztlichen Vereinigung durch die Aufsichtsbehörde oder einen durch die Aufsichtsbehörde eingesetzten Beauftragten, sofern die Wahl der Selbstverwaltungsorgane nicht zustande kommt oder sie sich weigern, ihre Geschäfte zu führen.

Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen wird – ebenso wie bei den Krankenkassen und den Arbeitsgemeinschaften der Prüfungsgremien – mindestens alle fünf Jahre eine Prüfung ihrer Geschäfts-, Rechnungs- und Buchführung durch die jeweilige Aufsichtsbehörde durchgeführt (§ 274 SGB V). **Verwaltungsentscheidungen**, welche die Kassenärztliche Vereinigung gegenüber ihren Mitgliedern trifft, sind Verwaltungsakte⁴, soweit sie in die Rechtsstellung dieser Mitglieder eingreifen (z. B. Honorarbescheid). Rechtsbehelf ist der Widerspruch gegen den Verwaltungsakt, über den der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung zu entscheiden hat. Der Vorstand erlässt dazu einen Widerspruchsbescheid. Rechtsbehelf gegen den Widerspruchsbescheid ist die Klage an das zuständige Sozialgericht. Im Rahmen der Sozialgerichtsbarkeit steht der Instanzenweg nach Maßgabe des Sozialgerichtsgesetzes offen.

2.4 Organe

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz wurde den Kassenärztlichen Vereinigungen eine veränderte Struktur vorgegeben. Nach § 79 SGB V werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen seit dem 01.01.2015

- eine **Vertreterversammlung** als Selbstverwaltungsorgan und
- ein hauptamtlicher Vorstand

gebildet. Sie werden jeweils für eine **Amtsperiode von sechs Jahren** gewählt.

⁴ Vgl. hierzu KBV-Fortbildung, Heft 8 „Grundbegriffe des Verwaltungsrechts“.

Die Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung ist das oberste Organ der vertragsärztlichen Selbstverwaltung. Die Mitglieder der KV wählen jeweils aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder der Vertreterversammlung. Die Zahl der Mitglieder der Vertreterversammlung wird durch Satzung bestimmt. In der Regel ist die Mitgliederzahl auf 30 beschränkt, in Abhängigkeit von der Größe einer Kassenärztlichen Vereinigung kann sie auf 50 erweitert werden (§ 79 (2) SGB V).

Der Vertreterversammlung obliegen insbesondere der Beschluss der Satzung der KV und die Überwachung des Vorstandes. Sie trifft alle Entscheidungen, die für die KV von grundsätzlicher Bedeutung sind. Die Vertreterversammlung wählt nach Maßgabe der Satzung die Mitglieder von Ausschüssen der KV und die ärztlichen und psychotherapeutischen Mitglieder der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen. Weiter stellt die Vertreterversammlung den Haushaltsplan fest, nimmt den Rechnungsabschluss ab und entlastet den Vorstand.

Der hauptamtliche Vorstand

Der hauptamtliche Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung (im Folgenden Vorstand genannt) wird von den Mitgliedern der Vertreterversammlung für sechs Jahre gewählt, es sei denn, ein Vorstandsmitglied wird während der laufenden Amtsdauer der Vertreterversammlung gewählt. Er besteht aus bis zu drei Mitgliedern. Die Satzung regelt die Zusammensetzung des Vorstands. Er verwaltet die Körperschaft und **vertritt die Kassenärztliche Vereinigung** sowohl **gerichtlich** als auch **außergerichtlich**. Wird ein Arzt in den Vorstand gewählt, kann er seine ärztliche Tätigkeit in begrenztem Umfang als Nebentätigkeit weiter ausüben oder seine Zulassung ruhen lassen.

Durch den mit dem Psychotherapeutengesetz ergangenen gesetzlichen Auftrag ist darüber hinaus bei der Kassenärztlichen Vereinigung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (dazu unter 3) ein **beratender Fachausschuss für Psychotherapie** (§ 79b SGB V) zu bilden. Mitglieder dieses Ausschusses sind fünf Psychologische Psychotherapeuten, ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sowie Vertreter der Ärzte in gleicher Zahl.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden die KVen mit Wirkung ab 01.01.2012 darüber hinaus verpflichtet, jeweils einen beratenden Fachausschuss für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung (§ 79c S. 1 SGB V) zu bilden. Diese Fachausschüsse bestehen aus Mitgliedern, die den jeweiligen Versorgungsbereichen entstammen und nicht bereits Mitglied des Fachausschusses nach § 79b SGB V sind.

Die Mitglieder der Fachausschüsse sind aus dem Kreis der Mitglieder der KV in unmittelbarer und geheimer Wahl zu wählen. Den Ausschüssen ist vor Entscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigung in den die Sicherstellung des jeweiligen Versorgungsbereichs berührenden wesentlichen Fragen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Nähere regelt die Satzung.

Darüber hinaus eröffnet das SGB V die Bildung weiterer beratender Fachausschüsse bei der KV.

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz wurde bei den Kassenärztlichen Vereinigungen die Bildung eines weiteren Gremiums zwingend vorgeschrieben. Nach § 81a SGB V müssen KVen organisatorische Einheiten einrichten, die Kontrollbefugnisse bei Unregelmäßigkeiten oder bei rechts- oder zweckwidriger Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben der KV wahrnehmen.

2.5 Geschäftsführung

Für die Durchführung der Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung bedienen sich Vertreterversammlung und Vorstand einer Geschäftsstelle. Das Nähere dazu regelt die Satzung.

2.6 Satzung

Die Satzung wird von der Vertreterversammlung beschlossen. Sie bedarf zu ihrem Wirksamwerden der **Genehmigung der Aufsichtsbehörde** und der **Bekanntmachung** in dem dazu bestimmten Bekanntmachungsorgan. Nach § 81 SGB V muss die Satzung Bestimmungen enthalten über:

1. Name, Bezirk und Sitz der Vereinigung
2. Zusammensetzung, Wahl und Zahl der Mitglieder der Organe
3. Öffentlichkeit und Art der Beschlussfassung der Vertreterversammlung
4. Rechte und Pflichten der Organe und der Mitglieder
5. Aufbringung und Verwaltung der Mittel
6. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung
7. Änderung der Satzung
8. Entschädigungsregelung der Organmitglieder
9. Art der Bekanntmachungen
10. vertragsärztliche Pflichten zur Ausfüllung des Sicherstellungsauftrages

Soweit Verwaltungs- und Abrechnungsstellen errichtet werden, muss die Satzung Bestimmungen über Errichtung und Aufgaben dieser Stellen enthalten.

Außerdem muss die Satzung Bestimmungen enthalten über

- die Verbindlichkeit der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abzuschließenden Verträge und der dazu gefassten Beschlüsse sowie über die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich zwischen den KVen,

- die Verbindlichkeit der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den §§ 92 und 137 SGB V und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Qualitätssicherung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 75 Abs. 7 SGB V,
- die Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der vertragsärztlichen Tätigkeit und über
- Maßnahmen der KV gegen Mitglieder, die ihre vertragsärztlichen Pflichten verletzen.

Die meisten KVen haben dazu eigene Disziplinarordnungen erlassen, die satzungsmässigen Charakter haben bzw. Bestandteil der Satzung sind.

Bestandteil der Satzung ist die Wahlordnung, welche die Einzelheiten über die Durchführung der Wahl zu den Organen der KVen regelt.

2.7 Aufgaben

Die den KVen nach § 75 SGB V obliegenden Aufgaben lassen sich in folgende Bereiche unterteilen:

- **Sicherstellungsauftrag** – Verpflichtung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 SGB V bezeichneten Umfang
- **Interessenvertretung** – Wahrung der Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen
- **Gewährleistungspflicht** – Gewährleistung einer ordnungsgemässen Durchführung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Recht und Vertrag gegenüber den Krankenkassen
- **Vertragshoheit** – Zuständigkeit für den Abschluss von Verträgen mit den Spitzenverbänden Land der Krankenkassen zur Gestaltung der vertragsärztlichen Versorgung
- **Ausschussbesetzung** – Recht zur Besetzung von Ausschüssen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen

Die KVen sind berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung, insbesondere für andere Träger der Sozialversicherung, zu übernehmen.

§ 77a SGB V räumt den KVen (und auch der KBV) die Möglichkeit ein, Dienstleistungsgesellschaften mit einem vom Gesetz definierten Aufgabenspektrum zu gründen (s. u.).

Der Sicherstellungsauftrag

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung im Zusammenwirken mit den Krankenkassen sicherzustellen. Nach § 72 SGB V ist die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist. Die Sicherstellung umfasst auch einen ausreichenden Notfalldienst zu den Sprechstundenfreien Zeiten.

Die Gesundheitsgesetzgebung der letzten Jahre hat den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen mehrfach modifiziert und präzisiert. Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000⁵ hat der Gesetzgeber den Krankenkassen und ihren Verbänden die Möglichkeit eingeräumt, durch den Abschluss von Direktverträgen mit einzelnen Vertragsärzten/Psychotherapeuten oder Gruppen von Vertragsärzten/Psychotherapeuten in den Sicherstellungsauftrag der KVen einzugreifen. Hierdurch wurde der Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend geändert. Das GMG hat diese Entwicklung fortgeführt und auch das GKV-WSG mit Wirkung ab 01.04.2007 verschärft die Aushöhlung des Sicherstellungsauftrages.

⁵ Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22.12.1999

Gesetz	Regelung
Gesundheitsstrukturgesetz 01.01.1993	<p>Erneute Einführung einer objektiven Zulassungssperre für den Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung:</p> <p>Wird der arztgruppenspezifisch nach dem Versorgungsstand vom 31.12.1990 festgestellte allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 v. H. in einem Planungsbereich überschritten, so ist dieser Planungsbereich für Neuzulassungen im betreffenden Fachgebiet grundsätzlich gesperrt. Die Bedarfsplanungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses lassen unter qualitativen Gesichtspunkten Ausnahmen z. B. zur Förderung des ambulanten Operierens, der Umstrukturierung poliklinischer Einrichtungen in den neuen Bundesländern und der Bildung interdisziplinärer Schwerpunktpraxen zu. Die Verhältniszahl-Zulassung für Ärzte war durch Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.1960 – mit Wirkung zum 01.01.1993 – aufgehoben worden.</p>
2. GKV-Neuordnungsgesetz 01.07.1997	<p>Ausschluss der notärztlichen Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes aus der Verantwortung der KVen (§ 75 Abs. 1 SGB V), es sei denn, durch Landesrecht wird etwas anderes geregelt:</p> <p>Die KV hat darauf hinzuwirken, dass in allen Planungsbereichen Ärzte und Psychotherapeuten in ausreichender Zahl vorhanden und auch möglichst gleichmäßig verteilt sind.</p> <p>Modifizierung der strengen Zulassungsbegrenzungen des GSG mit Wirkung ab 01.07.1997:</p> <p>Nach § 101 Abs. 1 kann auch in einem gesperrten Planungsbereich ein Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden, wenn er seine Tätigkeit in Form einer Gemeinschaftspraxis mit einem bereits niedergelassenen Vertragsarzt desselben Fachgebietes ausübt und sich beide Partner gegenüber dem Zulassungsausschuss verpflichten, den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich (3 v. H.) auszuweiten. Gleiches gilt für die Anstellung eines ganztags oder zweier halbtags beschäftigter Ärzte bei einem Vertragsarzt.</p>
Psychotherapeutengesetz 01.01.1999	<p>Festlegung einer einheitlichen Verhältniszahl für ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten (einschließlich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) mit Wirkung ab 01.01.1999:</p> <p>Diese Verhältniszahl ist für 10 Jahre mit 40 v. H. durch ärztliche und 40 v. H. durch Psychologische Psychotherapeuten auszufüllen. Im Übrigen gelten die Vorschriften der Bedarfsplanung uneingeschränkt auch für Psychotherapeuten.</p>

Gesetz	Regelung
GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000	<p>Eingriff in den Sicherstellungsauftrag der KVen durch Einführung der Möglichkeit einer selektiven Vertragsgestaltung durch die Krankenkassen ohne zwingende Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen:</p> <p>Die Neufassung der Bestimmungen über Modellvorhaben (§ 64 SGB V) und die Aufnahme der Bestimmungen zur Integrationsversorgung (§§ 140a – h SGB V) gestattet Krankenkassen und deren Verbänden den direkten Vertragsabschluss mit einzelnen Arztgruppen. Zusätzlich besteht das Instrument der Strukturverträge nach § 73a SGB V fort.</p> <p>Modellvorhaben: Die KV ist nicht zwingend Vertragspartner.</p> <p>Integrationsversorgung: Vertragsgrundlage ist die zwischen KBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen abgeschlossene Rahmenvereinbarung als Bestandteil des Bundesmantelvertrages. Die KV <u>kann</u> Vertragspartner sein.</p> <p>Strukturverträge: Die KV ist Vertragspartner.</p>
GKV-Modernisierungsgesetz 01.01.2004	<ul style="list-style-type: none"> ■ Möglichkeit der Einbehaltung von Teilen der Gesamtvergütung (§ 75 SGB V) bei Nichterfüllung des Sicherstellungsauftrages durch die KV (gesamtvertragliche Regelung) ■ medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V) als neue Teilnahmeform in der vertragsärztlichen Versorgung ■ Einführung der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) in die ambulante Regelversorgung; Krankenkassen schließen auf der Grundlage gesamtvertraglicher oder bundesmantelvertraglicher Regelungen Einzelverträge mit besonders qualifizierten Ärzten oder medizinischen Versorgungszentren ab ■ Einführung von Versorgungsaufträgen (Einzelverträge) (§ 73c SGB V), die besondere qualitative und organisatorische Voraussetzungen erfordern und einer gesonderten Vergütung unterliegen (gesamtvertragliche Regelungen) ■ Förderung der integrierten Versorgung (§ 140a Abs. 1 SGB V): Fokussierung auf den autonomen Vertragsabschluss zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen und die Ausgliederung aus dem Kollektivvertragssystem; Reduzierung der Gesamtvergütung in den Jahren 2004 bis 2006 um jeweils bis zu 1 v. H. zur Anschubfinanzierung für Verträge der integrierten Versorgung (§ 140d SGB V)

Gesetz	Regelung
Vertragsarzt-rechtsänderungs-gesetz 01.01.2007	Flexiblere Gestaltung der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, u. a. zur Lösung von Sicherstellungsproblemen in strukturschwachen Gebieten ⁶ : z. B. Teilzulassungen, verbesserte Anstellungsmöglichkeiten für Ärzte, Möglichkeit KV-übergreifender Tätigkeit und überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften, Vertragsärzte können gleichzeitig als angestellte Ärzte am Krankenhaus arbeiten usw.
GKV-Wettbe- werbsstärkungs- gesetz 01.04.2007	<ul style="list-style-type: none"> ■ erweiterte Möglichkeiten der Krankenkassen zum Abschluss von Vereinbarungen mit Ärzten oder Gruppen von vertrags- ärztlichen Leistungserbringern außerhalb des Kollektivver- tragssystems ■ verpflichtende Einführung einer hausarztzentrierten Versor- gung durch alle Krankenkassen gemäß § 73b SGB V (Betei- ligung der KVen nur durch Mandat durch die einschlägigen Berufsverbände) ■ Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch die Krankenkassen in Form von besonderen Versorgungs- verträgen auf der Grundlage spezifischer Qualitätsanforde- rungen als Kann-Vorschrift; KVen können beteiligt werden (§ 73c SGB V) ■ Ausweitung der integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V zu einer flächendeckenden Versorgung bei Verlängerung der Anschubfinanzierung und damit einhergehender Redu- zierung der Gesamtvergütung
GKV-Versor- gungsstrukture- gesetz 01.01.2012	<ul style="list-style-type: none"> ■ Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, die Be- darfsplanungs-Richtlinie mit Wirkung ab 2013 anzupassen ■ verschiedene Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung (z. B. Aufhebung der Residenzpflicht, Strukturfonds, Förde- rung von Praxisnetzen, verbesserte Regelungen für Zweig- praxen, KV-eigene Praxen) ■ Sicherstellung einer angemessenen und zeitnahen Zurverfü- gungstellung fachärztlicher Versorgung ■ Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung
GKV-Finanzstruk- tur- und Qualitäts- Weiterentwick- lungsgesetz vorauss. ab 01.01.2015	<ul style="list-style-type: none"> ■ Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung ■ Gründung eines fachlich unabhängigen, wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesund- heitswesen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

⁶ Vgl. hierzu KBV-Fortbildung, Heft 4 „Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung“.

Andererseits ist der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen in den vergangenen Jahren durch das Gesetz (§ 75 SGB V) auch erweitert worden, um

- die ärztliche Versorgung von Personen mit dienstrechtlichen Ansprüchen auf freie Heilfürsorge (z. B. Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei),
- die ärztliche Behandlung von Strafgefangenen in Notfällen (hat praktisch keine Bedeutung)

und zuletzt durch das GKV-WSG um

- die ärztliche Versorgung von Mitgliedern der Privaten Krankenversicherung, die nach einem Basistarif versichert sind, und
- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V).

Die Interessenvertretung

Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Rechte der Vertragsärzte und -psychotherapeuten gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Diese Aufgabenstellung beinhaltet die Wahrnehmung der Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten als Berufsgruppe bzw. als z. B. durch eine Gebietszulassung gekennzeichnete Fachgruppe innerhalb der Vertragsärzte. Die Einzelvertretung wirtschaftlicher und rechtlicher Interessen eines Arztes oder Psychotherapeuten gehört nicht zu dieser Aufgabenstellung. Das Einzelinteresse eines Vertragsarztes oder Psychotherapeuten z. B. im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung kann und wird sogar häufig gegen die Kassenärztliche Vereinigung gerichtet sein. Soweit sich ein solches Einzelinteresse mit dem Interesse der Berufsgruppe deckt, kann aber z. B. in Form eines Musterprozesses das Interesse des betreffenden Arztes oder Psychotherapeuten mitverfolgt werden.

Die Interessenvertretung schließt auch die ständige Beratung der Vertragsärzte und Psychotherapeuten in allen Fragen der vertragsärztlichen Tätigkeit ein, angefangen von der Niederlassungsberatung bis zur Aufklärung in Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsfragen. Es ist notwendig, dass gerade wegen der zunehmenden gesetzlichen Reglementierung der vertragsärztlichen Tätigkeit (GRG, GSG, 1. und 2. GKV-NOG, GKV-GRG 2000, GMG, GKV-WSG) alle Mitarbeiter der KVen sich gerade dieser Dienstleistungsfunktion bewusst werden. Die Dienstleistungsorientierung der KVen, auch in Form der Dienstleistungsgesellschaften, gewinnt daher zunehmend an Bedeutung.

Zur Interessenvertretung gehört in erster Linie, dass die vertragsärztlichen Leistungen angemessen honoriert werden (§ 72 Abs. 2 SGB V). Weiterhin fallen in diesen Bereich alle Maßnahmen der KV, die dem Schutz des Vertragsarztes oder -psychotherapeuten vor Überforderung durch eine ausufernde Bürokratie dienen. Ansprechpartner der Krankenkasse oder sonstiger Institutionen in Fragen der vertragsärztlichen Versorgung ist die KV und nicht der Vertragsarzt oder -psychotherapeut. Die KV hat eine Schutzfunktion zu Gunsten ihrer Mitglieder wahrzunehmen; sie ist aber auch der Mitt-

ler der Interessen ihrer Mitglieder im Verhältnis zu den Krankenkassen, der Politik und anderen öffentlichen Einrichtungen.

Aus Sicherstellungsauftrag und Gewährleistungspflicht einerseits und der Wahrung der Rechte der Vertragsärzte und -psychotherapeuten andererseits ergibt sich die „janusköpfige“ Stellung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Auf der einen Seite haben die Kassenärztlichen Vereinigungen gewerkschaftsähnliche Aufgaben in der Wahrung der wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder durch Abschluss von Verträgen über die Gesamtvergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit wahrzunehmen. Auf der anderen Seite stehen ihnen Disziplinarbefugnisse gegenüber den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten bei Verletzung vertragsärztlicher Pflichten zu. Beide Aufgabenstellungen stehen aber nicht im Gegensatz zueinander, da die Wahrnehmung ordnungspolitischer Funktionen durch die eigene Berufsorganisation im wohlverstandenen Interesse der KV-Mitglieder liegen muss. Im Gesamtbild der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber ihren Mitgliedern muss ein ausgewogenes Verhältnis zwischen diesen beiden Aufgabenbereichen hergestellt werden, da sonst entweder der Eindruck einer übermäßigen Bürokratisierung und Reglementierung der vertragsärztlichen Tätigkeit entsteht oder der ordnungsgemäß arbeitende Vertragsarzt bzw. Psychotherapeut sich durch die Duldung eines Fehlverhaltens seiner Kollegen durch die Kassenärztliche Vereinigung benachteiligt fühlen muss.

Bedingt durch zunehmende staatliche Vorgaben und entsprechende Einschränkungen des Gestaltungsspielraumes der Selbstverwaltung nimmt der reglementierende Teil der vertragsärztlichen Selbstverwaltung zu, während die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen zunehmend erschwert wurde. Dies beeinträchtigt die Akzeptanz der vertragsärztlichen Selbstverwaltung durch ihre Mitglieder. Unter dem Druck der Vertragsärzteschaft ist es mit dem GKV-VStG gelungen, durch die Aufhebung des Vorrangs des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und der daraus resultierenden starren Ausgabenbegrenzung verbesserte Möglichkeiten einer flexibleren Vereinbarung der Gesamtvergütungen durchzusetzen.

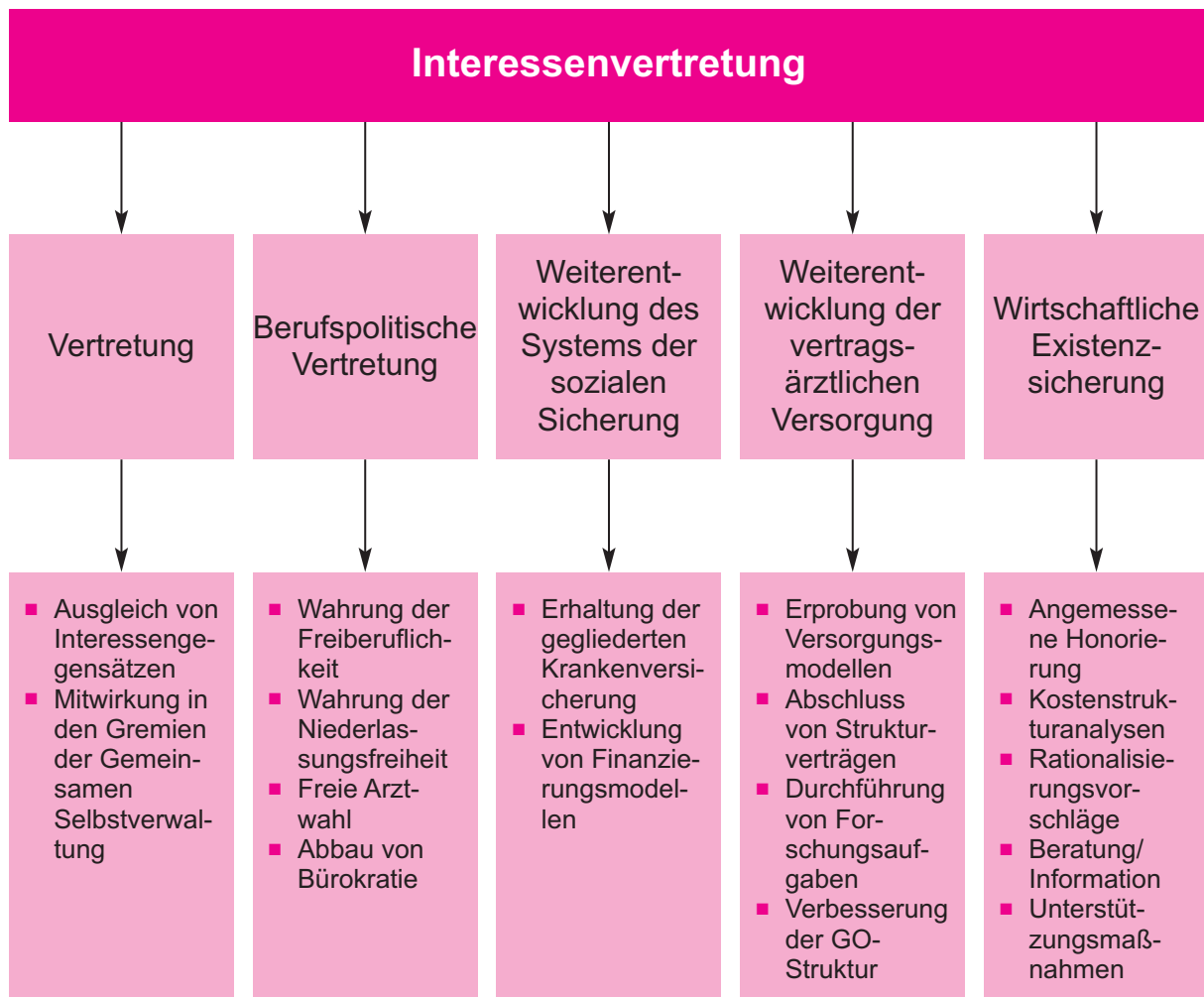


Abbildung 1: Die Interessenvertretung

Die Gewährleistungspflicht

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben den Krankenkassen gegenüber die Gewähr für die ordnungsgemäße Erbringung der vertragsärztlichen Leistungen nach Gesetz und Vertrag zu übernehmen. Hierunter fällt vor allem die Aufgabe, die Abrechnung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten vor Weitergabe an die Krankenkassen auf Plausibilität und sachlich-rechnerische Richtigkeit zu überprüfen, sodass den Krankenkassen nur solche Leistungen in Rechnung gestellt werden, die nach den jeweils geltenden Gebührenordnungen berechnungsfähig und in sich plausibel sind. Den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt es, die Einhaltung der Pflichten der Vertragsärzte und Psychotherapeuten im Rahmen ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit zu überwachen. Nötigenfalls kann die Kassenärztliche Vereinigung ihre Mitglieder unter Anwendung von Disziplinarmaßnahmen (z. B. Verwarnung, Verweis, Geldbuße bis zu 10 000,00 EUR oder Anordnung des Ruhens der Zulassung bis zu zwei Jahren) zur Erfüllung ihrer Pflichten anhalten. Die der KV gesetzlich übertragene Qualitätsprüfung im Einzelfall durch Stichproben gemäß § 136 SGB V ist ebenfalls der Gewährleistungspflicht zuzurechnen.

Gewährleistung

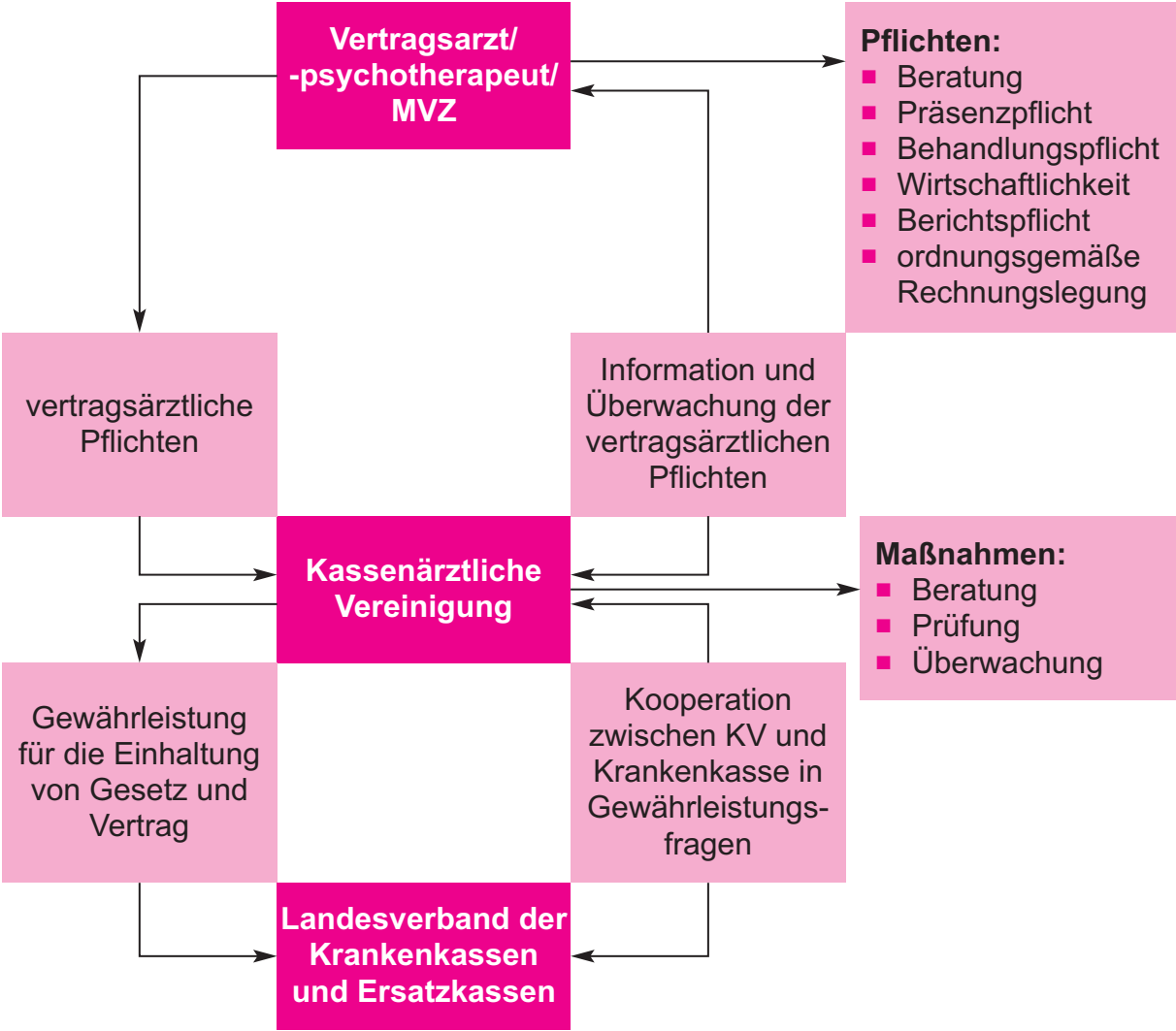


Abbildung 2: Die Gewährleistungspflicht

Die Vertragshoheit

Die Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrages durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist eingebunden in die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und die auf Bundes- und Landesebene mit den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen abgeschlossenen Verträge (§ 72 Abs. 2 SGB V). Diese Verträge begründen nicht nur Rechte und Pflichten der Vertragspartner (z. B. zur Übermittlung von Abrechnungsdaten und zur Zahlung einer Gesamtvergütung), sondern greifen auch in die Rechtsstellung des Vertragsarztes/-psychotherapeuten ein (z. B. durch Vereinbarung von Fachkundenachweisen oder apparativen Anforderungen für die Erbringung bestimmter vertragsärztlicher Leistungen). Insoweit handelt es sich um „abstrakte Rechtsnormen“, die die Grundlage für Verwaltungsentscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten bilden.

Die Wahrung der Rechte der Vertragsärzte/-psychotherapeuten gegenüber den Krankenkassen erfolgt in erster Linie durch den Abschluss der Gesamtverträge nach Maßgabe des § 83 SGB V und hier insbesondere der Vereinbarung einer Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung in den Gesamtverträgen nach § 85 SGB V. Durch das GSG wurden zum 01.01.1993 die ursprünglich ausschließlich auf Bundesebene bestandenen Vertragsbeziehungen zu den Verbänden der Ersatzkassen (Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag AEKV) gemäß § 83 SGB V entsprechend der für Primärkassen geltenden zweistufigen Vertragsebene (Bundesmantelvertrag – Gesamtvertrag) „regionalisiert“. Auch für Ersatzkassen erfolgt seitdem der Abschluss von Gesamtverträgen mit den durch Landesbevollmächtigte vertretenen Verbänden der Ersatzkassen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Vertragshoheit der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst des Weiteren den Abschluss

- einer Prüfvereinbarung mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106 SGB V),
- dreiseitiger Verträge mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und der Landeskrankenhausesellschaft oder den Vereinigungen der Krankenhäuser zur Gewährleistung eines reibungslosen Überganges aus der ambulanten Versorgung in die stationäre Behandlung und umgekehrt (§ 115 SGB V),
- von Vergütungsvereinbarungen zum ambulanten Operieren am Krankenhaus und sonstigen stationärer ersetzenden Eingriffen (§ 115b SGB V),
- dreiseitiger Poliklinikverträge (Ermächtigungsvertrag) mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen und den Trägern der Hochschulkliniken (§ 117 SGB V), der Honorarvertrag wird zwischen Poliklinik und Krankenkasse geschlossen,
- zweiseitiger Institutsverträge mit ärztlich geleiteten Einrichtungen zur ambulanten Durchführung nicht-rechtswidriger Sterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche (§ 75 Abs. 9 SGB V) und

- von Verträgen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zur Durchführung von Maßnahmen der Krankheitsvorbeugung auf der Grundlage von § 23 SGB V (Kurarztverträge).

Möglich, aber rechtlich nicht einschlägig gegen die Krankenkassen durchsetzbar, ist

- die Vereinbarung von Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit nach §§ 63, 64 SGB V,
- von Strukturverträgen zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73a SGB V und
- von Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V.

Der allgemeine Inhalt der Gesamtverträge wird durch den Bundesmantelvertrag (siehe 3) vorgegeben. Zum Inhalt dreiseitiger Verträge nach § 115 SGB V können die KBV, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft Rahmenempfehlungen vereinbaren. Für dreiseitige Verträge zur Durchführung ambulanter Operationen und stationärer Eingriffe durch Vertragsärzte und zugelassene Krankenhäuser sowie für zweiseitige Verträge zur vor- und nachstationären Behandlung und Krankenhauseinweisung enthalten §§ 115a, b SGB V i. d. F. des VStG Sonderregelungen. Grundsätze zur Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 SGB V vereinbaren die KBV und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Bundesmantelvertrag. Für Verträge nach § 73a SGB V besteht diese Möglichkeit ebenfalls. Schiedsamtstfähig sind nur die Gesamtverträge und die Prüfvereinbarungen. Über dreiseitige Verträge nach § 115 SGB V entscheidet die erweiterte Landesschiedsstelle nach § 114 SGB V. Verträge mit Leistungserbringern sind nicht schiedsamtstfähig.

Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung Ärzte/Krankenkassen

Die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen vollzieht sich nicht nur im Abschluss von Verträgen über die vertragsärztliche Versorgung. Ebenso wichtig ist vielmehr die Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenkassen in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Darunter versteht man Einrichtungen, deren Bildung durch das SGB V zur Beschlussfassung in bestimmten Entscheidungsbereichen der vertragsärztlichen Versorgung vorgeschrieben ist und die paritätisch mit Vertretern der Vertragsärzte bzw. in den gesetzlich geregelten Fällen der Psychotherapeuten und der Krankenkassen besetzt sind. Im Einzelnen handelt es sich um

- den **Zulassungsausschuss** und den **Berufungsausschuss** zur Beschlussfassung und Entscheidung in Zulassungssachen (§§ 96, 97 SGB V),
- den **Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen** zur Beschlussfassung und Entscheidung über das Bestehen einer Über- oder Unterversorgung als Voraussetzung für Zulassungsbeschränkungen (§ 90 SGB V),
- den **Beschwerdeausschuss** für die vertragsärztliche Versorgung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106 SGB V); nachdem die Prüfungsgremien (Prüfungs- und Beschwerdeausschuss) in der Vergangenheit bei der Kassenärztlichen Vereini-

gung errichtet wurden, schrieb die Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung auf der Grundlage des GMG mit Wirkung ab 01.01.2004 die gemeinsame Bildung jeweils eines Prüfungs- und eines Beschwerdeausschusses als organisatorisch selbständige Einheiten vor; das GKV-WSG hat hier eine erneute Veränderung herbeigeführt, indem es die Bildung einer eigenverantwortlichen Prüfungsstelle und eines eigenverantwortlichen Beschwerdeausschusses, der durch die Prüfungsstelle unterstützt wird, vorschreibt,

- die **Schiedsämtler** zur Entscheidung über den Inhalt von Verträgen über die vertragsärztliche Versorgung bei Nichteinigung der Vertragspartner (§ 89 SGB V), und
- die **erweiterte Landesschiedsstelle** zur Entscheidung über den Inhalt dreiseitiger Verträge nach § 115 Abs. 3 SGB V bei Nichteinigung der Vertragspartner.

Darüber hinaus wurde durch das GKV-VStG die Möglichkeit eröffnet, auf Landesebene ein **gemeinsames Landesgremium** aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen, der Landeskrankenhausgesellschaft und ggf. weiteren Beteiligten nach § 90a SGB V zu bilden, das Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben kann. Die Kassenärztliche Vereinigung benennt die Vertreter der Ärzte/Psychotherapeuten in diesen Ausschüssen. Die Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung entscheidet darüber, ob die Benennung durch die Vertreterversammlung oder durch den Vorstand erfolgt.

Die Bildung von Dienstleistungsgesellschaften

Nach § 77a SGB V können Kassenärztliche Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung seit Inkrafttreten des GKV-WSG Dienstleistungsgesellschaften zur Erfüllung der folgenden Aufgaben bilden:

- Beratung beim Abschluss von Verträgen für GKV-Versicherte
- Beratung in Fragen der Datenverarbeitung, Datensicherung und des Datenschutzes
- Beratung zu allgemeinen wirtschaftlichen Fragen der Vertragsarztstätigkeit
- Abwicklung von Verträgen, die die Versorgung von Versicherten mit Leistungen der GKV betreffen
- Übernahme von Verwaltungsaufgaben für Praxisnetze

Die Dienstleistungsgesellschaften dürfen nicht aus Mitteln der KVen bzw. der KBV finanziert werden und müssen gegen Kostenersatz tätig werden.

Das Beziehungsfünfeck

Die rechtlichen Beziehungen zwischen Vertragsärzten, KVen sowie Versicherten und Krankenkassen in ihrer grundsätzlichen Form lassen sich in einem Beziehungsfünfeck folgendermaßen darstellen:

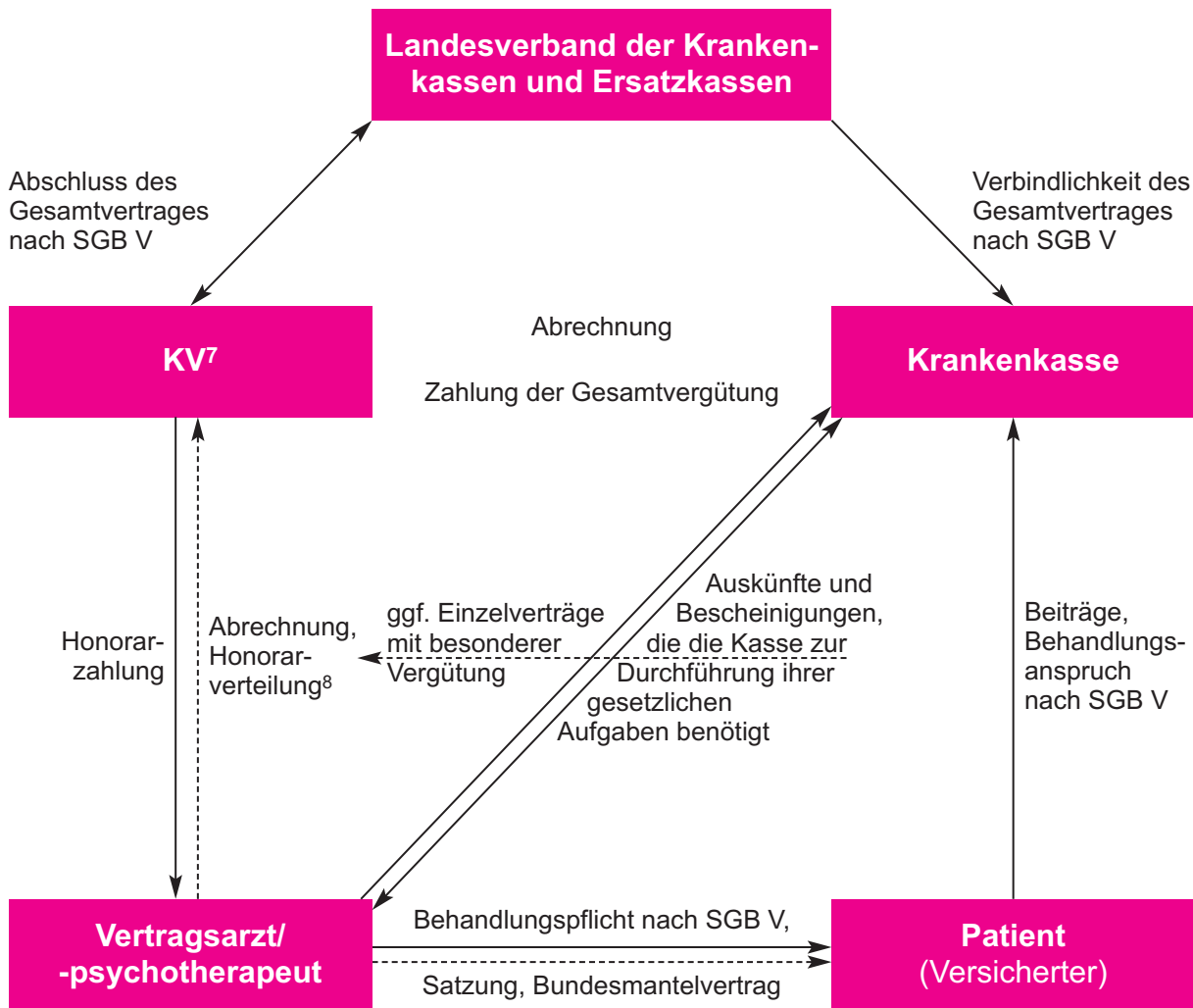


Abbildung 3: Das Beziehungsfünfeck

⁷ Für einige überbereichliche Krankenkassen bestehen aufgrund ihrer abweichenden Organisationsstruktur Besonderheiten beim Abschluss der Gesamtverträge (siehe dazu KBV-Fortbildung, Heft 6, „Gesamtverträge und Gesamtvergütung“).

⁸ Die Art und Weise der Honorarverteilung wird durch das SGB V bzw. den Honorarverteilungsmaßstab geregelt, der auf Landesebene von der KV im Benehmen mit den Krankenkassen und Ersatzkassen festzusetzen ist.

2.8 Aufbringung der Mittel

Zur Erfüllung der genannten Aufgaben bedarf die KV entsprechender finanzieller Mittel. Dazu werden in der Regel von den Mitgliedern Beiträge in einem Vomhundertsatz der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Tätigkeit erhoben und bei der Abrechnung der Vergütung einbehalten. Die Höhe der Verwaltungskosten bestimmt die Vertreterversammlung. Außerdem bezahlen verschiedene Vertragspartner für die Durchführung der Verträge durch die KV Kostenbeiträge, die zur Deckung der Verwaltungskosten einer KV auf dem entsprechenden Vertragssektor verwendet werden.

2.9 Die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder



Abbildung 4: Lage der Kassenärztlichen Vereinigungen in der Bundesrepublik Deutschland

Die Bereiche der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder stimmen bzw. stimmten nicht immer mit den Grenzen der Bundesländer der Bundesrepublik Deutschland überein. Dies ist auf die Einteilung Deutschlands in Besatzungszonen während der Zeit von 1945 bis 1949 zurückzuführen. Das GMG schrieb mit Wirkung ab 01.01.2005 die Fusion der bis dahin jeweils vier Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg und in Rheinland-Pfalz vor (§ 77 SGB V). Seitdem besteht mit Ausnahme des Landes Nordrhein-Westfalen in jedem Bundesland eine Kassenärztliche Vereinigung.

Die nachfolgende Aufstellung zeigt, dass die Zahl der Vertragsärzte/-psychotherapeuten in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen sehr unterschiedlich ist. Dargestellt ist die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Stand vom 31.12.2010 in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen⁹:

Kassenärztliche Vereinigung	Anzahl der Vertragsärzte/-psychotherapeuten	Anteil am Bundesgebiet in %
Bayerns	24 703	15,9
Baden-Württemberg	20 162	12,9
Nordrhein	18 854	12,1
Westfalen-Lippe	14 348	9,2
Niedersachsen	14 199	9,1
Hessen	11 721	7,5
Berlin	8 800	5,6
Sachsen	7 522	4,8
Rheinland-Pfalz	7 330	4,7
Schleswig-Holstein	5 233	3,4
Hamburg	4 497	2,9
Thüringen	3 945	2,6
Brandenburg	3 899	2,5
Sachsen-Anhalt	3 880	2,5
Mecklenburg-Vorpommern	2 868	1,8
Saarland	2 015	1,3
Bremen	1 804	1,2
Gesamt	155 780	100,0

⁹ Quelle Bundesarztregister der KBV, Grunddaten (www.kbv.de)

Die Bezirks-, Abrechnungs- und Verwaltungsstellen

Aus organisatorischen Gründen sind die großen Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezirks-, Abrechnungs- oder Verwaltungsstellen unterteilt. Das sind keine rechtlich selbständigen Einrichtungen, sondern Untergliederungen. Einige Kassenärztliche Vereinigungen haben in den letzten Jahren im Zuge von Organisationsreformen die Zahl ihrer Verwaltungs-, Abrechnungs- oder Bezirksstellen reduziert oder sie in Servicestellen umgewandelt. Eine Übersicht der KVen und ihrer regionalen Untergliederungen findet sich im „Verzeichnis der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen – Bundesrepublik Deutschland“, 78. Ausgabe, Stand 01.04.2014, herausgegeben vom Deutschen Ärzte-Verlag.

3 Die Kassenärztliche Bundesvereinigung

3.1 Rechtsstatus und Organe

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wurde 1955 als Rechtsnachfolgerin der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands auf der Grundlage des neuen Kassenarztrechts gegründet. Nach § 77 Abs. 4 SGB V bilden die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder auf Bundesebene die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Mitglieder der KBV sind dementsprechend 17 KVen und nicht die Vertragsärzte oder -psychotherapeuten als Einzelmitglieder. Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat den Rechtsstatus einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Sie ist daher eine „**Körperschaft von Körperschaften**“. Die KBV hat ihren Sitz in Berlin.

Die KBV verfügt über die gleichen Organe wie die Länder-KVen: Das sind eine **Vertreterversammlung als Selbstverwaltungsorgan** und ein hauptamtlicher **Vorstand**, deren Mitglieder jeweils für sechs Jahre gewählt werden.

Die Vertreterversammlung ist das oberste beschließende Organ der KBV. Zu ihren wesentlichsten Aufgaben zählen außerdem die Wahl des Vorstands, der Beschluss der Satzung, die Aufstellung einer Geschäftsordnung und die Wahl und Einsetzung der Mitglieder von Ausschüssen der Vertreterversammlung. Der Vertreterversammlung gehören 60 Mitglieder an. Sie richtet einen Finanzausschuss und einen Ausschuss für Vorstandsangelegenheiten als ständige Ausschüsse ein.

Der Vorstand der KBV besteht aus zwei Mitgliedern, einem Vorstandsmitglied für das Grundsatz-Ressort „Hausärztliche Versorgung“ und einem Vorstandsmitglied für das Grundsatz-Ressort „Fachärztliche Versorgung“, die ihre Ressorts eigenverantwortlich verwalten. Aus ihrer Mitte wählt die Vertreterversammlung den Vorsitzenden des Vorstands. Eine Wiederwahl ist möglich. Hauptaufgabe der Vorstandsmitglieder ist es, die Geschäfte der KBV zu führen, die Beschlüsse der Vertreterversammlung umzusetzen und darüber Bericht zu erstatten, Verträge zu schließen und die KBV gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten. Das Zusammenwirken von Vorstand und Vertreterversammlung ist durch Leitlinien geregelt.



Abbildung 5: Organe der KBV

Durch Gesetz wurde bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Bildung von Beratungsgremien vorgeschrieben:

Beratender Fachausschuss für Psychotherapie	<p>Grundlage: PsychThG; § 79b SGB V</p> <p>Zusammensetzung: 5 Psychologische Psychotherapeuten, 1 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, 6 Ärzte</p> <p>Aufgabe: Stellungnahme zu allen wesentlichen, die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung betreffenden Fragen</p>
Beratender Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung	<p>Grundlage: GKV-GRG 2000; § 79c SGB V</p> <p>Zusammensetzung: 5 an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, wobei alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen vertreten sein müssen, und 5 Stellvertreter; Näheres regelt die Satzung</p> <p>Aufgabe: schriftliche Stellungnahme zu wesentlichen, die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung berührenden Fragen, die die Gesamtheit der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte betreffen</p>

Beratender Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung	<p>Grundlage: GKV-VStG 2012 (vorher auf Basis der KBV-Satzung); § 79c SGB V</p> <p>Zusammensetzung: 5 an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene oder ermächtigte Ärzte, wobei Vertreter aus dem Bereich der konservativen, operativen, medizinisch-technischen Medizin und der ermächtigten Krankenhausärzte Mitglieder sein müssen; für jedes Mitglied wird ein Stellvertreter bestellt</p> <p>Aufgabe: schriftliche Stellungnahme zu wesentlichen, die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung berührenden Fragen, die die Gesamtheit der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte (ohne Psychotherapeuten) betreffen</p>
Beratender Fachausschuss für angestellte Ärzte/Psychotherapeuten in vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Praxen und Medizinischen Versorgungszentren	<p>Grundlage: GKV-GRG 2000; § 79c SGB V und § 18a KBV-Satzung</p> <p>Zusammensetzung: bis zu 8 Mitglieder (3 angestellte Ärzte in Praxen, 1 angestellter Psychotherapeut in einer Praxis, 3 angestellte Ärzte in MVZ, 1 angestellter Psychotherapeut in einem MVZ)</p> <p>Aufgabe: schriftliche Stellungnahme zu wesentlichen, die Leistungserbringung durch angestellte Ärzte/Psychotherapeuten berührenden Fragen</p>
Ermittlungs- und Prüfstelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	<p>Grundlage: GMG; § 81a SGB V</p> <p>Aufgabe: Kontrollorgan bei Fällen oder Sachverhalten, die auf Unregelmäßigkeiten oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der KBV hindeuten</p>

Die Vertreterversammlung hat darüber hinaus beschlossen, einen beratenden Fachausschuss für angestellte Ärzte in vertragsärztlichen Praxen und medizinischen Versorgungszentren (Satzungsgremium) einzusetzen sowie ein Vorstandsgremium zu errichten, in dem die Träger der medizinischen Versorgungszentren repräsentiert sind.

Die Rechtsaufsicht über die Kassenärztliche Bundesvereinigung führt der **Bundesminister für Gesundheit**.

3.2 Aufgaben

Die KBV hat insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen:

- Vertretung der Belange der Vertragsärzte/-psychotherapeuten bei Gesetzgebungsverfahren gegenüber der Bundesregierung
- Abschluss folgender Verträge:
 - Bundesmantelvertrag¹⁰ (§ 82 SGB V)
 - Vertragspartner ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Bundesmantelvertrag ist allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge und daher für die Gesamtvertragspartner verbindlich vorgegebener Vertragsinhalt.
 - Verträge mit besonderen Kostenträgern (z. B. Unfallversicherungsträger, Postbeamtenkrankenkasse, Bundeswehr, Bundespolizei)
 - Vereinbarung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes durch den Bewertungsausschuss (§§ 82 und 87 SGB V)
 - Rahmenempfehlungen für dreiseitige Verträge zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten (§ 115 SGB V)
 - Vereinbarungen über den Datenaustausch zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen (§ 294 SGB V)
 - Vereinbarung einheitlicher Qualifikationserfordernisse für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 135 Abs. 2 SGB V)
 - Vereinbarung über die Einführung der Krankenversichertenkarte (§ 291 SGB V)
 - Vereinbarung über ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus (§ 115b SGB V)
- Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung (§ 87b SGB V)
- Erlass von bundeseinheitlichen Richtlinien zur Qualitätssicherung (§ 75 Abs. 7 SGB V)
- Mitwirkung im Gemeinsamen Bundesausschuss zur Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen; bei der Beschlussfassung über Richtlinien zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen, in ihrer Qualität gesicherten, vertragsärztlichen Versorgung, zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und zur Bedarfsplanung
- Mitwirkung im Bundesschiedsamt bei der Festsetzung des Inhalts des Bundesmantelvertrages bei Nichteinigung der Vertragspartner
- Durchführung des Fremdkassenzahlungsausgleichs (§ 81 Abs. 3 Nr. 1 SGB V)
 Unter Fremdkassenzahlungsausgleich ist ein abgestimmtes Verfahren über den Zahlungsausgleich zwischen verschiedenen Länder-KVen bei Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen von Versicherten einer Krankenkasse, deren Sitz

¹⁰ In der Vergangenheit wurde jeweils ein Bundesmantelvertrag mit den Primärkassen und den Ersatzkassen verhandelt, die inhaltlich nahezu identisch waren. Mit der Neustrukturierung der gesetzlichen Krankenkassen durch das GKV-WSG gibt es künftig nur noch einen BMV, der am 01.10.2013 in Kraft getreten ist.

außerhalb der für den Arzt zuständigen KV liegt, zu verstehen. Ein Fremdkassenzahlungsausgleich wird also z. B. notwendig, wenn ein Versicherter der AOK Hamburg einen Arzt in München, der der KV Bayerns angehört, konsultiert.

- Führung des Bundesarztregisters (BAR)

Die Führung des BAR hat eine zentrale Funktion für die Bedarfsplanung. Es werden sämtliche Arztregistereinträge aller KVen gespeichert.

Bei der Durchführung der Aufgaben der KBV werden Vorstand und Vertreterversammlung durch eine Geschäftsstelle unterstützt, die durch den hauptamtlichen Vorstand geführt wird. Das aktuelle Organigramm der KBV kann auf der Homepage (www.kbv.de) eingesehen werden.

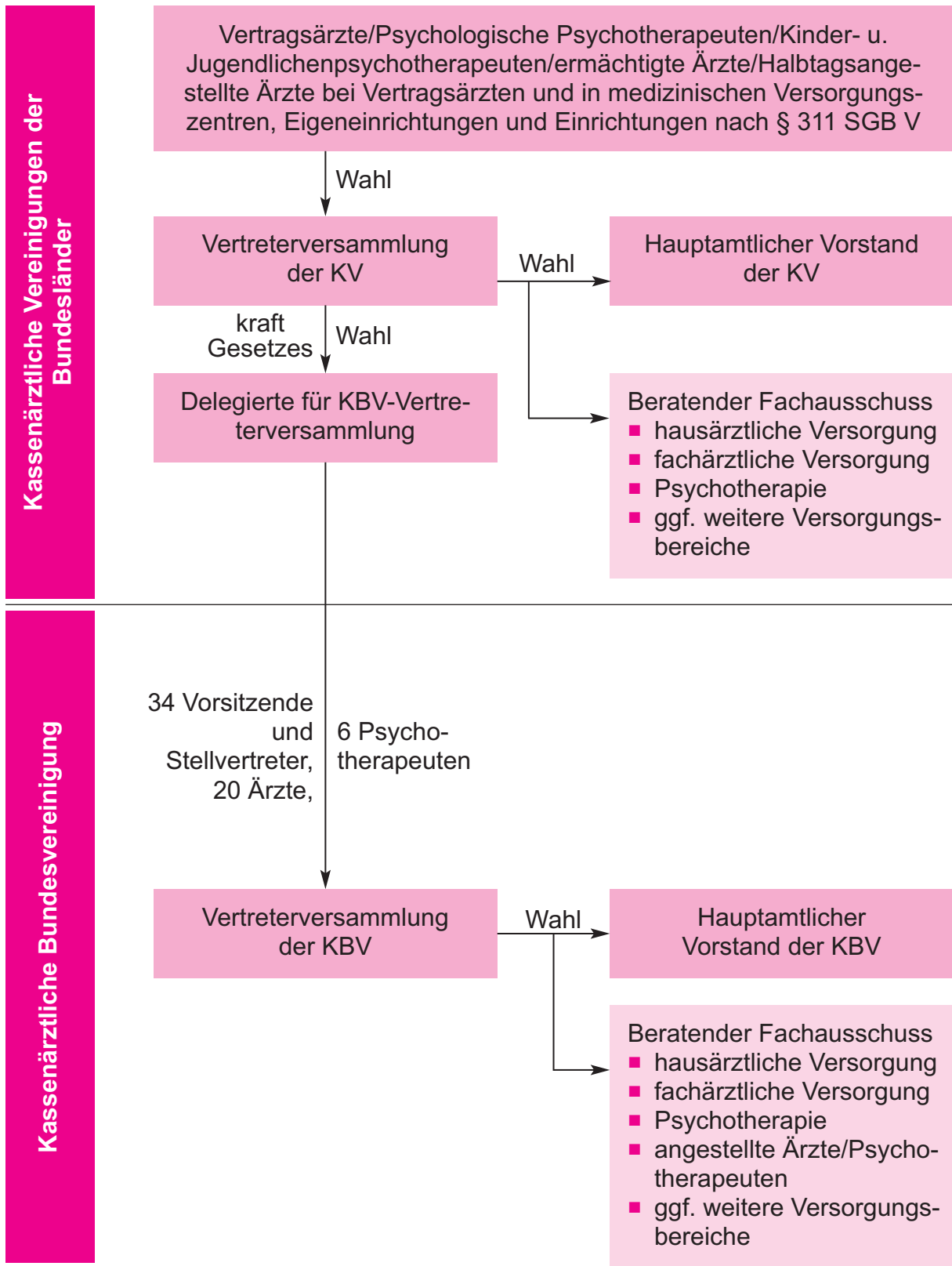


Abbildung 6: Organisation der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ab 01.01.2005

4 Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) wurde im Jahre 1973 als Stiftung des privaten Rechts von den ehemals 18 Kassenärztlichen Vereinigungen der alten Bundesländer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gegründet. Durch Kuratoriumsbeschluss vom 20.11.1991 wurden die fünf Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer gleichberechtigt in die Stiftungsgremien integriert. Aufgabe der Stiftung ist es, mit allen wissenschaftlichen, empirischen, technischen und sonstigen zugänglichen Methoden Forschung sowie vertragsarztspezifische Fortbildung auf dem Gebiet der ärztlichen Versorgung zu betreiben oder von Dritten betreiben zu lassen. Die Stiftung erfüllt damit eine Gemeinschaftsaufgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer, um deren gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu unterstützen und weiterzuentwickeln. Die der Stiftung jährlich zur Verfügung stehenden Fördermittel stammen im Wesentlichen aus Zuwendungen der Träger der Stiftung.

Die Tätigkeit des ZI dient insbesondere dem Ziel, bestehende Lücken in der wissenschaftlichen Forschung, der technischen Entwicklung sowie der organisatorischen Beratung auf dem Sektor der ambulanten Medizin und der vertragsärztlichen Tätigkeit schließen zu helfen. Es unterstützt Forschungsvorhaben, die in ihrer Zielsetzung und in ihren voraussichtlichen Ergebnissen einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung des ambulanten Gesundheitswesens leisten können. Die Institutsarbeit wird durch ehrenamtliche Beiräte unterstützt. Organe des Zentralinstitutes sind das **Kuratorium** und der **Vorstand**. Das Kuratorium der Stiftung setzt sich aus dem Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder zusammen. Vorsitz des Kuratoriums hat der jeweilige Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Das Kuratorium wählt den Vorstand des Zentralinstitutes. Es beschließt die Gesamtplanung der Vorhaben und Maßnahmen der Stiftung sowie den Verwendungsrahmen der Mittel. Der Vorstand besteht aus mindestens drei, höchstens fünf Personen, die das Kuratorium bestellt. Er wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden des Vorstandes. Der Vorstand führt die laufenden Geschäfte der Stiftung. Er bedient sich dazu einer Geschäftsführung. Das Zentralinstitut erarbeitet Analysen zum Leistungsgeschehen in der ambulanten medizinischen Versorgung und übernimmt die wissenschaftliche Begleitung von Projekten zur vertragsärztlichen Tätigkeit. Es veröffentlicht verschiedene Schriftenreihen und informiert über nationale und internationale Fachtagungen. Die Forschungsschwerpunkte des ZI liegen insbesondere auf den Gebieten der Prävention, der Arzneimittel-Information, der medizinischen Klassifikation, der Gesundheitsökonomie, der Umwelt- und Sozialmedizin, der Telematik, der Entwicklung von Schulungsprogrammen zu ausgewählten Krankheitsbildern, des Qualitätsmanagements, und der Praxisorganisation.

5 Die Ärztekammern

Die Ärztekammern sind die durch Landesgesetze (Heilberufegesetze/Kammergesetze) geschaffene Berufsvertretung für alle approbierten Ärzte. Das Recht der Ärztekammern leitet sich aus der Zuständigkeit der Länder im Gesundheitswesen ab.

5.1 Mitgliedschaft

Pflichtmitglieder der Ärztekammern sind alle Ärzte, die im Bereich der Kammer ihren Beruf ausüben oder, sofern sie ihren Beruf nicht ausüben, ihren Wohnsitz haben.¹¹ Das gilt für niedergelassene Ärzte ebenso wie für angestellte Ärzte, beamtete Ärzte, privatärztlich tätige Ärzte oder Ärzte im Ruhestand. Auch für ausländische Bürger, die in der Bundesrepublik ärztlich tätig werden, besteht die Pflichtmitgliedschaft in der örtlich zuständigen Ärztekammer.

5.2 Rechtsstatus

Die Ärztekammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit hoheitlichen Aufgaben (Disziplinargewalt). Die Rechtsaufsicht obliegt der für das Gesundheitswesen zuständigen Landesbehörde, i. d. R. dem Landesministerium für Gesundheit und Soziales oder dem Innenministerium. Die von den Ärztekammern gegenüber ihren Mitgliedern getroffenen Entscheidungen sind Verwaltungsakte, gegen die Widerspruch eingelegt werden kann, über den der Vorstand entscheidet, und die auf dem Rechtsweg durch die Verwaltungsgerichte nachprüfbar sind.

5.3 Organisation

In jedem Bundesland besteht eine Landesärztekammer. Lediglich im Land Nordrhein-Westfalen gibt es je eine Ärztekammer für die Region Nordrhein und die Region Westfalen-Lippe.

Die Landesärztekammern sind nach Bezirken und zum Teil nach Kreisen in unselbständige Verwaltungseinheiten untergliedert. Diese Strukturen haben sich historisch entwickelt. Sonderfälle gibt es in Bayern und Rheinland-Pfalz. In Bayern bestehen 8 ärztliche Bezirksverbände und 63 ärztliche Kreisverbände ebenfalls als Körperschaften des öffentlichen Rechts. In Rheinland-Pfalz bestehen vier Bezirksärztekammern als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts. Der Arzt ist daher nur Mitglied der Bezirksärztekammer. Die Landesärztekammer ist folglich eine Körperschaft von Körperschaften.

¹¹ Für einzelne Ärztekammern ist die Pflichtmitgliedschaft auf die berufsausübenden Ärzte begrenzt.

5.4 Organe

Oberstes Organ der Landesärztekammern ist die **Delegierten- oder Kammerversammlung**. Sie setzt sich aus den von den Kammermitgliedern gewählten Delegierten, deren Zahl in der Satzung festgeschrieben ist, sowie aus den Delegierten zusammen, die von den medizinischen Fachbereichen der Landesuniversitäten entsandt werden. Die Delegiertenversammlung beschließt die Satzung und die Wahlordnung der Ärztekammer, die der Zustimmung der Aufsichtsbehörde bedürfen. Sie wählt aus ihrer Mitte den **Vorstand**.

Zu den wichtigsten Aufgaben der Delegiertenversammlung zählen die Beschlussfassung über

- die Berufsordnung und
- die Weiterbildungsordnung.

Die Delegiertenversammlung hat weiterhin die Aufgabe, die Beitragsordnung zu beschließen, den Haushaltsplan zu verabschieden und die Besetzung der bei der Ärztekammer arbeitenden Ausschüsse festzulegen. Der 107. Deutsche Ärztetag hat darüber hinaus gemäß den Regelungen des GMG eine (Muster-)Satzungsregelung „Fortbildung und Fortbildungszertifikat“ verabschiedet, die ein bundeseinheitliches Vorgehen bei der Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen sicherstellen soll.

Der Vorstand führt die Geschäfte der Ärztekammer auf der durch Gesetz und Satzung festgeschriebenen Grundlage. An seiner Spitze stehen ein Präsident und ein Vizepräsident. Der Präsident und ggf. ein weiteres Mitglied des Vorstandes vertreten die Ärztekammer nach außen.

5.5 Aufgaben

Die Zuständigkeit der Ärztekammern konzentriert sich auf die Regelung der ärztlichen Berufsausübung. Die Aufgaben der Ärztekammern sind in den Heilberufegesetzen (Kammergesetzen) der Bundesländer geregelt. Dadurch bedingt gibt es in den Inhalten der regionalen Gesetze geringfügige Unterschiede. In den wichtigsten Aufgaben besteht jedoch Übereinstimmung. Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- die Regelung der Rechte und Pflichten der Ärzte durch den Erlass der Berufsordnung;
- die Regelung der Weiterbildung in den einzelnen Gebieten durch die Weiterbildungsordnung;
- die Förderung der ärztlichen Fortbildung;
- die Aufsicht über die Einhaltung der Berufspflichten und Ausübung der Berufsgerechtsbarkeit;
- die Regelung und Überwachung der Ausbildung von Arzthelferinnen aufgrund des entsprechenden Berufsbildungsgesetzes;
- die Regelung von Maßnahmen der Qualitätssicherung;

- die Einrichtung von Schlichtungs- und Gutachterkommissionen für ärztliche Behandlungsfehler bzw. für Fragen der Arzthaftpflicht;
- die Einrichtung von Ethikkommissionen zur Beurteilung der Zulassung von Forschungsvorhaben unter ethischen Gesichtspunkten.

Darüber hinaus unterhalten die Ärztekammern eigenständige Vorsorge- und Fürsorgeeinrichtungen als alternative Systeme der Alters- und Hinterbliebenenversorgung sowie für die Absicherung im Fall der Berufsunfähigkeit.

6 Die Bundesärztekammer

6.1 Mitglieder

Die Bundesärztekammer besteht seit 1955 und ist aus der am 19.10.1947 gegründeten Arbeitsgemeinschaft der deutschen (bis 1990 westdeutschen) Ärztekammern hervorgegangen. Sie ist ein freiwilliger Zusammenschluss der Ärztekammern in der Rechtsform eines nicht eingetragenen Vereins. Sie ist also keine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Mitglieder der Bundesärztekammer sind die Landesärztekammern, die sich zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammenschließen. Der einzelne Arzt gehört der Bundesärztekammer demzufolge nur mittelbar als Mitglied seiner Ärztekammer an.

6.2 Organe

Organe der Bundesärztekammer sind die **Hauptversammlung** (Deutscher Ärztetag) und der **Vorstand**.

Der Hauptversammlung gehören 250 Delegierte an. Sie werden im Verhältnis der Mitgliederzahlen der Ärztekammern entsandt.

Der Deutsche Ärztetag wurde 1873 erstmals einberufen und findet – mit einer Unterbrechung während der Zeit der nationalsozialistischen Herrschaft – seitdem jährlich statt. 1997 beging die Ärzteschaft in Eisenach den 100. Deutschen Ärztetag. Der Ärztetag hat die Aufgabe, die Satzung der Bundesärztekammer und die Geschäftsordnung der Hauptversammlung zu beschließen, den Vorstand zu wählen sowie Ausschüsse zu bilden. Der Deutsche Ärztetag genehmigt den Haushalt und nimmt die Jahresrechnung entgegen.

Der Vorstand der Bundesärztekammer besteht aus einem Präsidenten, zwei Vizepräsidenten, zwei weiteren Ärzten sowie allen Präsidenten der 17 Ärztekammern. Der Präsident, die beiden Vizepräsidenten sowie die weiteren Ärztevertreter werden jeweils für einen Zeitraum von vier Jahren gewählt.

Zur Erledigung der laufenden Geschäfte unterhält die Bundesärztekammer eine Geschäftsstelle in Berlin.

6.3 Aufgaben

Nach ihrer Satzung obliegen der Bundesärztekammer die folgenden Aufgaben:

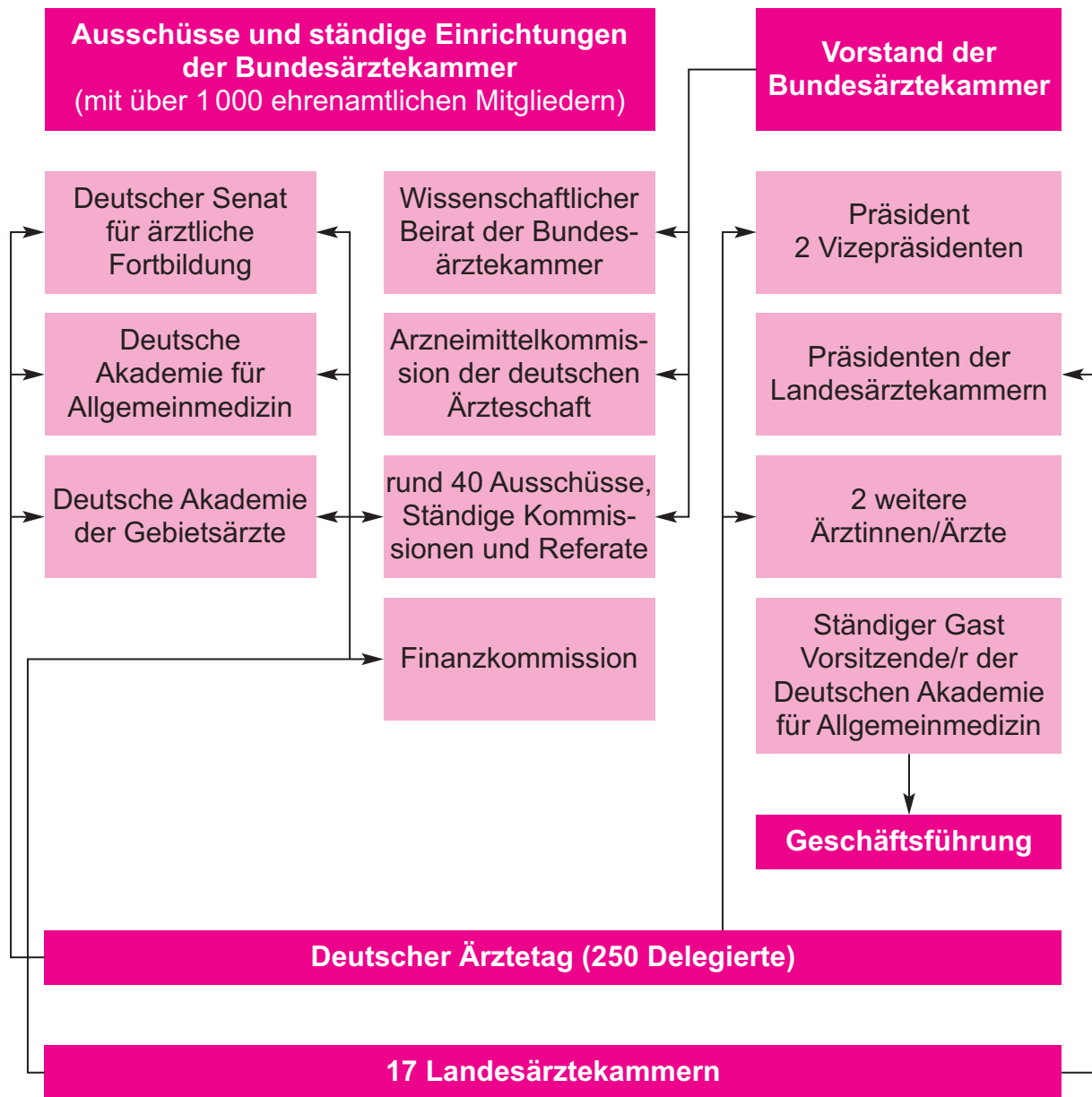
- ständiger Erfahrungsaustausch unter den Ärztekammern und gegenseitige Abstimmung der Tätigkeiten

- Vertretung der Positionen der Ärzteschaft zu gesundheits- und sozialpolitischen Diskussionen gegenüber der Öffentlichkeit
- Herbeiführung möglichst einheitlicher Regelungen der ärztlichen Berufspflichten (Beschluss einer Muster-Berufsordnung)
- Herbeiführung einer möglichst einheitlichen Regelung der ärztlichen Weiterbildung (Beschluss einer Muster-Weiterbildungsordnung)
- Förderung der ärztlichen Fortbildung (z. B. durch Fortbildungskongresse)
- Wahrung der beruflichen Belange der Ärzteschaft in Angelegenheiten, die über die Zuständigkeit eines Landes hinausgehen (z. B. Bundesgesetzgebung)
- Herstellung von Beziehungen zur ärztlichen Wissenschaft und zu ärztlichen Vereinen im Ausland
- Beschluss von Richtlinien zur Qualitätssicherung (z. B. in medizinischen Laboratorien gemäß § 4 der Eichordnung)
- Pflege des Zusammengehörigkeitsgefühls der Ärzte und ihrer Organisationen

Bei der Bundesärztekammer bestehen eine Reihe von Einrichtungen mit eigenen Statuten bzw. Geschäftsordnungen:

- der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung
- die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft
- der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer
- die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin
- die Deutsche Akademie für Gebietsärzte
- die zentrale Ethikkommission
- die Arbeitsgemeinschaft für ärztliche Qualitätssicherung

Als gemeinsame Einrichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer wurde im Oktober 1995 die Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin gegründet, jetzt Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin.



Quelle: Tätigkeitsbericht 2005 der Bundesärztekammer

Abbildung 7: Die Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern – Deutscher Ärztetag)

7 Die Psychotherapeutenkammern

Seit dem 01.01.1999 sind durch das Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG) Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (im Folgenden Psychotherapeuten genannt) auf Grund einer Zulassung, Ermächtigung oder Anstellung in einer Praxis/einem MVZ in die vertragsärztliche Versorgung als Leistungserbringer integriert. Sie wählen ihre Vertreter in die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Im Kammerbereich ist die Integration der Psychotherapeuten ebenfalls vollzogen worden. Voraussetzung für die Bildung der Landespsychotherapeutenkammern in Konsequenz des Psychotherapeutengesetzes war eine Novellierung der Heilberufegesetze der Bundesländer. Aktuell bestehen zwölf Landeskammern, darunter die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer für die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt.

7.1 Mitgliedschaft

Für approbierte Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist die Mitgliedschaft in der regionalen Kammer Pflicht. Ärztliche Psychotherapeuten bleiben Mitglieder der Ärztekammern.

7.2 Rechtsstatus

Die Psychotherapeutenkammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit hoheitlichen Aufgaben (Disziplinargewalt). Die Rechtsaufsicht obliegt der für das Gesundheitswesen zuständigen Landesbehörde, i. d. R. dem Landesministerium für Gesundheit und Soziales oder dem Innenministerium.

7.3 Organe

Oberstes Organ der Landespsychotherapeutenkammern ist die **Delegierten- oder Kammerversammlung**. Die Delegiertenversammlung beschließt die Satzung und die Wahlordnung der Kammer und wählt aus ihrer Mitte den **Vorstand**.

7.4 Aufgaben

Die Aufgaben einer Psychotherapeutenkammer liegen im berufsrechtlichen Bereich und betreffen Fragen der Berufsausübung, der Ausbildung, der Zugänge zur Approbation und der Fort- und Weiterbildung.

Wichtige Aufgaben der Landespsychotherapeutenkammern sind:

- Erlass einer Berufsordnung
- Mitwirkung in politischen Gremien
- Interessenvertretung
- Organisation der psychotherapeutischen Weiterbildung
- Qualitätssicherung
- Servicedienste für die Kammermitglieder

Die Kammer befasst sich zudem mit Fragen der Berufsethik und der Patienten- und Menschenrechte. Sozialrechtliche Fragen des psychotherapeutischen Heilberufes, beispielsweise der Niederlassung oder der Honorierung der psychotherapeutischen Tätigkeit, tangieren die Arbeit der Kammer stark und sind eng mit den berufsrechtlichen Themen verknüpft.

8 Die Bundespsychotherapeutenkammer

8.1 Mitglieder

Die Bundespsychotherapeutenkammer wurde am 17.05.2003 von den Präsidentinnen und Präsidenten der neun bis dahin gebildeten Landespsychotherapeutenkammern gegründet. Mitglieder sind heute alle zwölf Landeskammern der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die sich auf Bundesebene zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen haben. Die Bundespsychotherapeutenkammer besteht in der Rechtsform eines nicht eingetragenen Vereins. Ihr Sitz ist Berlin.

8.2 Organe

Organe der Bundespsychotherapeutenkammer sind die Bundesdelegiertenversammlung (90 Vertreter) (Deutscher Psychotherapeutentag) und der Vorstand. Dem Vorstand gehören ein Präsident, zwei Vize-Präsidenten und zwei weitere Mitglieder an.

8.3 Aufgaben

Die Bundespsychotherapeutenkammer ist die Interessenvertretung von 34 000 Psychotherapeuten in ganz Deutschland.

Zu den wichtigsten Aufgaben der Bundespsychotherapeutenkammer zählen der Erlass einer Musterberufsordnung und einer Musterfortbildungsordnung, die die inhaltlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der sozial- und berufsrechtlichen Fortbildungspflichten für Psychotherapeuten regelt.

Der 3. Deutsche Psychotherapeutentag hat darüber hinaus eine Beitragsordnung verabschiedet.

9 Freie ärztliche Verbände

Die freien ärztlichen Verbände vertreten die Interessen ihrer Mitglieder unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten medizinischen Fachgruppe. Die Mitgliedschaft in einem solchen Verband ist freiwillig und unterliegt nur den Bestimmungen der Verbandssatzung. Die Interessenvertretung der Mitglieder erfolgt im Rahmen des durch die Satzung festgelegten Verbandszwecks.

Freie ärztliche Verbände in der Bundesrepublik Deutschland sind zum Beispiel:

- der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V.
- der NAV • Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V.
- der Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V. (mb)

9.1 Der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V.

Durch die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 wurde das direkte Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient durch ein Dreiecksverhältnis zwischen Arzt, Krankenkasse und Patient abgelöst. Der Arzt konnte Versicherte einer Krankenkasse nur noch auf der Grundlage eines Vertrages mit der betreffenden Kasse behandeln. Die Krankenkassen wählten sich die Ärzte aus, die für sie tätig werden durften und diktierten die Bedingungen.

Als Folge davon wuchs das Bedürfnis der Ärzte nach Gründung eines Vereins zur Durchsetzung ihrer Interessen und zur Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Gesamtsituation. Dieses Bestreben führte im Jahre 1900 zur Gründung eines „Verbandes zur wirtschaftlichen Wahrung der ärztlichen Interessen“ durch den Leipziger Arzt Dr. Hermann Hartmann. Dieser Leipziger Verband wurde später nach seinem Gründer benannt.

Die Forderungen des Hartmannbundes waren:

- Ablösung der Einzelverträge mit den Krankenkassen durch einen Kollektivvertrag
- freie Arztwahl
- Einzelleistungsprinzip

Der Verband sah seine Aufgabe vorrangig in Wirtschaftsfragen. Er schloss Tarifverträge oder zumindest Manteltarifverträge mit den Krankenkassen ab, innerhalb derer die einzelnen örtlichen Verbände Verhandlungen mit den Krankenkassen führen konnten. 1931 wurde die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen durch die Notverordnung des Reichspräsidenten auf die Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen. Das führte 1936 zur Auflösung des Verbandes. Nach dem Zweiten Weltkrieg, am

20.05.1949, erfolgte in Hamburg die Neugründung des Hartmannbundes als privatrechtlich organisierter Verband.

Der Hartmannbund sieht heute seine Aufgabe in der Wahrung der beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Interessen aller Ärzte, unabhängig von ihrem Fachgebiet oder der Art der Berufsausübung. Er fungiert auch als Interessenvertreter von Medizinstudenten, die außerordentliche Mitglieder des Verbandes werden können. Der Hartmannbund setzt sich für die freie Berufsausübung sowie für eine qualitativ hochwertige ambulante und stationäre ärztliche Versorgung ein. Er bietet seinen Mitgliedern umfangreiche Informations- und Beratungsleistungen zu allen Fragen der Berufsausübung an. Dem Hartmannbund gehören gegenwärtig etwa 70 000 Mitglieder an. Der Hartmannbund gliedert sich in 17 Landesverbände, die wiederum in Bezirks- und Kreisvereinen organisiert sind. Der Bundesverband hat seinen Sitz in Berlin.

9.2 NAV • Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V.

Der Verband der niedergelassenen Nicht-Kassenärzte Deutschlands (NKV) wurde 1949 auf dem Ärztetag in Hannover gegründet. 1957 erfolgte die Namensänderung in „Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV)“. Ziel des Verbandes war es, das Kassenarztrecht zu reformieren und die freie Arztwahl für jeden Versicherten durchzusetzen. Diese Zielsetzung schloss den Kampf gegen Zulassungsbeschränkungen zur kassenärztlichen Tätigkeit, die durch die Festsetzung einer Verhältniszahl Arzt/Versicherte gegeben waren, ein. Die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen zur kassenärztlichen Tätigkeit durch das Bundesverfassungsgericht im Jahre 1960 hat der NAV maßgeblich miterstritten. Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 hat jedoch zu neuen Zulassungsbeschränkungen geführt.

Der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands vertritt heute die Interessen aller in eigener Praxis tätigen Ärzte und Zahnärzte sowie aller niederlassungswilligen und ambulant tätigen Ärzte. Verbandszweck ist die Sicherung und Förderung der Freiberuflichkeit, der Niederlassungsfreiheit und der freien Arztwahl durch die Bevölkerung. Der NAV • Virchow-Bund sieht seine Aufgabe in der Lösung allgemeiner gesundheits-, sozial-, aber auch gesellschaftspolitischer Fragen, die Ärzteschaft und Bevölkerung in gleicher Weise betreffen. Der Verband bietet seinen Mitgliedern vielfältige Beratungen zur Praxisgründung und Praxisführung an.

Im Herbst 1990 fasste der NAV die Beschlüsse zur Fusion mit dem Rudolf-Virchow-Bund, dem ersten freien Ärzteverband der ehemaligen DDR. Anfang 1991 trat auch der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde dem NAV • Virchow-Bund bei.

In der Sozial-, Gesundheits- und Berufspolitik vertritt der NAV • Virchow-Bund die folgenden Ziele:

- angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen sowie Trennung der haus- und fachärztlichen Honorartöpfe

- zeitgemäße Weiterentwicklung der Formen ärztlicher Praxisausübung unter Wahrung des Prinzips der freien Arztwahl für den Patienten
- Nutzung aller Rationalisierungsmaßnahmen zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit in der ärztlichen Praxis
- Stärkung der Rolle des Hausarztes im Gesamtkonzept der ärztlichen Versorgung, u. a. durch Trennung der Aufgabenbereiche von Hausärzten und Spezialisten
- Förderung der Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte aller Fachgebiete
- Information der Öffentlichkeit über die Leistungsfähigkeit der ambulanten ärztlichen Versorgung im Vergleich zum Krankenhaus
- aktives Bekenntnis zur Solidarität der Ärzteschaft
- Förderung des aktiven Eintretens der Ärzte für Prävention, Umweltmedizin und Rehabilitation als wichtige Faktoren der Gesunderhaltung der Bevölkerung

Der NAV • Virchow-Bund zählt aktuell ca. 20 000 Mitglieder. Die Bundesgeschäftsstelle des NAV • Virchow-Bundes hat ihren Sitz in Berlin.

9.3 Der Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V. (mb)

Der Marburger Bund ist die Interessenvertretung der angestellten und beamteten Ärzte sowie der Medizinstudenten. Er wurde 1947 in Marburg gegründet. Die vorrangigen Ziele des Verbandes waren bessere Arbeitsbedingungen und eine leistungsgerechtere Entlohnung. 1948 wurde der Marburger Bund tariffähig. Der mb ist unmittelbar an der Aushandlung des Bundes-Angestelltentarifvertrages (BAT) beteiligt. Für die Tarifverhandlungen hat sich der Marburger Bund mit der Deutschen Angestelltengewerkschaft und der Gemeinschaft von Gewerkschaften und Verbänden des öffentlichen Dienstes zusammengeschlossen.

Neben dem Abschluss von Tarifverträgen mit Arbeitgebern und Arbeitgeberverbänden zählen

- die Interessenvertretung der Mitglieder gegenüber Regierung, Parlament und wichtigen gesellschaftlichen Gruppen,
- Verhandlungen mit öffentlichen Arbeitgebern auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene,
- die Mitarbeit im Rahmen der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung,
- die Mitwirkung in internationalen Gremien und Organisationen und
- das Ergreifen von Maßnahmen, die im Interesse der wirtschaftlichen Sicherung der Mitglieder notwendig sind, um sie in berufs-, sozialversicherungs- und beamtenrechtlichen Fragen, die sich aus der Berufsausübung ergeben, beraten zu können

zu den Hauptaktivitäten des mb.

Der Verband berät und unterstützt seine Mitglieder in Rechtsfragen. Im Rahmen einer Stiftung führt er Informations- und Qualifikationsmaßnahmen durch, die helfen sollen, Arbeitslosigkeit unter Ärzten zu vermeiden oder deren Dauer zu verkürzen.

Zu den erklärten Zielen des Verbandes zählen:

- das Eintreten für unbefristete Arbeitsverträge für Ärztinnen und Ärzte,
- die Verbesserung der beruflichen Situation von Ärztinnen,
- die Vergütung von Mehrarbeit bei Bereitschaftsdienst und Überstunden im Krankenhaus,
- die Erleichterung der Bedingungen für die ärztliche Weiterbildung,
- die Bekämpfung des Gastarzt-Unwesens und
- der Erhalt der Niederlassungsfreiheit.

In den 14 Landesverbänden des Marburger Bundes sind gegenwärtig rund 110 000 Mitglieder organisiert. Der mb ist damit der größte Ärzteverband in Deutschland und Europa und die einzige tariffähige Ärztegewerkschaft in Deutschland. Die Landesverbände sind zu einem Bundesverband zusammengeschlossen, der die Arbeit der regionalen Verbände koordiniert, die Interessen der Mitglieder auf Bundesebene vertritt und eine bundesweite Informations-, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit betreibt. Sitz des Bundesverbandes ist Berlin.

10 Die Berufsverbände

Neben den bisher vorgestellten freien ärztlichen Verbänden gibt es eine große Anzahl von ärztlichen Verbänden mit berufspolitischer Interessenvertretung für bestimmte medizinische Fachrichtungen (Berufsverbände). Berufsverbände existieren für jede Gebietsbezeichnung, jedoch auch gebietsunabhängig, wie zum Beispiel der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. oder der Deutsche Ärztinnenbund e. V.

Eine Vielzahl berufspolitischer Interessenvertretungen sind in der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) bzw. in der Gemeinschaft Hausärztlicher Berufsverbände (GHB) zusammengefasst, in denen eine Koordinierung der Aktivitäten angestrebt wird. Zudem wurde Mitte 2012 der Spitzenverband Fachärzte (SpiFa) e.V. gegründet. Beispielhaft werden nachfolgend der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzterverband e. V. (BDA), der Berufsverband Deutscher Internisten e. V. (BDI), der SpiFa und die GFB vorgestellt.

10.1 Der Deutsche Hausärzterverband e. V.

Der Deutsche Hausärzterverband e. V. ist die eigene berufspolitische und wirtschaftliche Interessenvertretung der Allgemeinmediziner und Hausärzte. Er ist Rechtsnachfolger des Berufsverbandes der Allgemeinärzte Deutschlands (BDA). Die Umbenennung wurde auf dem 25. Deutschen Hausärztetag 2002 in Koblenz als logische Konsequenz der Politik des BDA beschlossen. Der BDA wiederum war 1995 aus dem Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin e. V. (BPA) hervorgegangen.

Der BPA war im Jahre 1960 durch den Zusammenschluss bereits bestehender regionaler Vereinigungen von Praktischen Ärzten und Allgemeinärzten begründet worden. Die wesentlichsten Ziele dieses Zusammenschlusses waren:

- die Einführung eines eigenständigen Gebietes Allgemeinmedizin,
- eine abgeschlossene Weiterbildung als obligatorische Voraussetzung für eine Kassenzulassung und
- die Sicherung einer angemessenen Vergütung und damit der wirtschaftlichen Existenz der Hausärzte.

Die ersten beiden Ziele wurden durch den BPA/BDA inzwischen erreicht. Das Eintreten für eine angemessene Vergütung der hausärztlichen Leistungen sieht der Verband als seine ständige Aufgabe an. Er propagiert das Hausarztprinzip gemäß der Devise: Soviel Allgemeinmedizin wie möglich – soviel Spezialmedizin wie nötig. Der Verband macht sich stark für die koordinierende Funktion des Hausarztes gegenüber Krankenhäusern und Fachärzten.

Die Mitglieder des Deutschen Hausärzterverbandes bekennen sich zur Allgemeinmedizin als der wissenschaftlichen Grundlage der hausärztlichen Tätigkeit und zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung als der idealen Voraussetzung für die Führung einer hausärztlichen Praxis.

Neben politischen Postulaten hat es sich der BDA zur Aufgabe gemacht, seinen Mitgliedern praktische Unterstützung beim Aufbau und der Führung der eigenen Praxis, bei berufsrechtlichen Fragen sowie bei der ärztlichen Fortbildung zu geben. Innerhalb des BDA beschäftigen sich verschiedene Ausschüsse bzw. Arbeitskreise mit speziellen Fragen der ärztlichen Tätigkeit, so z. B. zu den Themen Arzneimittelwesen, EDV in der Arztpraxis oder Honorar- und Gebührenordnungswesen. Der Verband arbeitet mit einer Reihe internationaler Verbände zusammen. Im ständigen Ausschuss der Ärzte der EG hat der BDA einen Beraterstatus.

Ein eigenes Institut für Praxisforschung beschäftigt sich im Wesentlichen mit der Beobachtung, Erhebung, Bewertung und Weiterentwicklung der Grundlagen von allgemeinärztlichen Praxen in wirtschaftlicher, organisatorischer und konzeptioneller Hinsicht.

Der Deutsche Hausärzterverband ist in 17 Landesverbände, die selbständig eingetragene Vereine sind, gegliedert. In den Landesverbänden sind zurzeit ca. 32 000 Mitglieder organisiert. Sitz des Deutschen Hausärzterverbandes ist Köln.

10.2 Der Berufsverband Deutscher Internisten e. V. (BDI)

Dieser Verband ist die berufspolitische und wirtschaftliche Interessenvertretung der in ihm zusammengeschlossenen Fachärzte für Innere Medizin. Der BDI wurde 1959 anlässlich des Internisten-Kongresses in Wiesbaden gegründet. Mit mehr als 25 000 Mitgliedern ist der Berufsverband Deutscher Internisten der mitgliederstärkste Fachärzterverband Deutschlands.

Die wichtigsten Ziele des Verbandes sind:

- die gemeinsame Vertretung freiberuflich tätiger und angestellter Internisten in einem Verband,
- die Wahrung der Berufsinteressen der Fachärzte für Innere Medizin,
- die Freiheit der ärztlichen Berufsausübung,
- eine angemessene Honorierung ärztlicher Leistungen,
- die Förderung der ärztlichen Fortbildung auf internistischem Gebiet und
- die Beratung der Mitglieder in rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen.

Zur Erfüllung dieser Ziele bietet der BDI seinen Mitgliedern u. a. praxisorientierte Fortbildungsveranstaltungen, wirtschaftliche Beratung zur Praxisgründung und -führung sowie Rechtsberatungen an.

Im Rahmen des Verbandes arbeiten problem- und teilgebietsorientierte Arbeitsgemeinschaften und Arbeitskreise. Der BDI arbeitet eng mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. zusammen. Der Verband ist in ein dichtes Netz regionaler Unterorganisationen mit Landesverbänden, Bezirks- und Ortsgruppen untergliedert. Sitz des BDI ist Wiesbaden.

10.3 Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V.

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa) ist als Facharztverband ein Dachverband, in dessen Rahmen sich die angeschlossenen Berufsverbände über die Anliegen der Fachärzte austauschen. Das Ziel des SpiFa ist die Darstellung der übergeordneten Interessen der Fachärzte sowie deren politische Durchsetzung auf Bundes- und auch auf Landesebene. Derzeit sind 17 Berufsverbände im SpiFa als dem Facharztverband zusammengeschlossen. Er repräsentiert damit weit über 70 000 Fachärzte. (Quelle: Website SpiFa)

10.4 Die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB)

Die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände ist eine Aktionsgemeinschaft von derzeit 27 selbständigen, freien, fachärztlichen Berufsverbänden (u. a. Berufsverband der Augenärzte e. V., Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Bundesverband der Ärzte für Orthopädie e. V.) und vertritt als Dachorganisation mehr als 100 000 Mitglieder. Die GFB repräsentiert sowohl niedergelassene als auch angestellte Ärzte am Krankenhaus. Die Mitgliedschaft in der GFB ist an die Inhalte der Musterweiterbildung gebunden.

Die Ziele der GFB sind:

- Förderung fachärztlicher Belange
- Formulierung gemeinsamer fachärztlicher Interessen
- Förderung der innerärztlichen Kooperation
- Darstellung der fachärztlichen Belange in der Öffentlichkeit
- Förderung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Bund und Ländern

Die GFB ist in beratender Funktion in Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als auch der Bundesärztekammer aktiv.

11 Wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften

Neben den berufspolitisch ausgerichteten Verbänden gibt es eine Vielzahl wissenschaftlicher Gesellschaften. Sie sind zum Teil in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft (AWMF) zusammengeschlossen. Jedes durch die Weiterbildungsordnung anerkannte Gebiet oder Teilgebiet hat seine eigene wissenschaftliche Gesellschaft. Sie sind ebenfalls privatrechtliche Vereine und dienen ausschließlich der Pflege der Wissenschaft und damit der Fortbildung ihrer Mitglieder in dem betreffenden Gebiet oder Teilgebiet.

Zu den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften der AWMF zählen z. B. die:

- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DEGIM)
- Gesellschaft für Humangenetik e. V. (GfH)
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
- Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin e. V. (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin

Literaturverzeichnis

- Die kassenärztliche Tätigkeit (Häußler, Liebold, Narr, Springer Verlag, 1982)
- Handbuch für den Vertragsarzt (Krimmel, Schirmer, Deutscher Ärzte-Verlag, 1996)
- Handlexikon des Kassenarzt- und Zahnarztrechts (Liebold, Asgard Verlag, 1986)
- Kassenärztliches Praxislexikon (Zauner Verlag, 1992)
- Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V), 18. Auflage 2013
- Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer, 2011
- Tätigkeitsbericht der Bundespsychotherapeutenkammer, 2011
- Tätigkeitsbericht des Zentralinstituts, 2011
- Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)
- Jahresbericht des NAV • Virchow-Bundes, 2011
- Verzeichnis Ärztlicher Organisationen und Verbände, Bundesärztekammer, 2012,
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.109.8949.8954>
- Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland, KBV, 2011,
http://www.kbv.de/media/sp/Grunddaten_2011.pdf
- Websites der genannten Organisationen und Verbände

Fragen zur Selbstkontrolle

Wenn Sie das Fortbildungsheft durchgearbeitet haben, sollten Sie die nachfolgenden Fragen beantworten können:

1. Beschreiben Sie den Aufbau einer Kassenärztlichen Vereinigung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung!
2. Welchen Rechtsstatus haben beide Selbstverwaltungsorganisationen?
3. Nennen Sie drei Hauptaufgaben einer Kassenärztlichen Vereinigung und erläutern Sie kurz, was darunter zu verstehen ist!
4. Wodurch wird die Mitgliedschaft eines Arztes in einer Kassenärztlichen Vereinigung begründet?
5. Beschreiben Sie das Beziehungsfünfeck!
6. Nennen Sie wichtige Verträge, die durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. durch die Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen werden!
7. Beschreiben Sie Struktur und Organe der Landesärztekammern!
8. Erläutern Sie die wesentlichsten Aufgaben der Landesärztekammern!
9. Worin besteht der Unterschied in der Mitgliedschaft zwischen den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer?
10. Was verstehen Sie unter freien ärztlichen Verbänden?
11. Nennen Sie mindestens zwei freie ärztliche Verbände und erläutern Sie kurz deren Zielstellungen! Für welche Arztgruppen fungieren sie als Interessenvertreter?
12. Welche Aufgaben haben die Berufsverbände? Nennen Sie einige Beispiele!

Schlagwortverzeichnis

Schlagwort	Seite
Approbation	11f., 46
Ärzttekammer	9, 12, 40ff., 45f.
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)	44
Arztregister	10ff.
BDA	53f.
Behandlung	22, 26f.
Berufsverbände	21, 53, 55, 58
Berufungsausschuss	27
Bundesmantelvertrag	20
Bundesärztekammer	8f., 43ff., 55, 58
Bundesarztregister	31, 37
Bundesmantelvertrag	26f., 29, 36
Bundespsychotherapeutenkammer	8f., 48
Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)	36
Fachärztliche Versorgung	15, 21, 33, 35f., 38
Fachgesellschaften	8f., 56
Freie Verbände	49, 53, 55, 58
Gesamtvergütung	20f., 23, 26, 29f.
Gesamtvertrag	14, 26f., 29
Geschäftsführung	16, 39, 45
Gewährleistungspflicht	17, 23ff.
GKV-FQWG (GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz)	21
GKV-WSG (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)	18, 21f., 28, 36
GMG (GKV-Modernisierungsgesetz)	10, 18, 22, 28, 31, 35, 41
GRG (Gesundheits-Reformgesetz)	22, 34f.
Hausärztliche Versorgung	15, 33f., 36, 38
Honorarverteilung	29
Interessenvertretung	17, 22, 24, 47ff., 51, 53f.
Kassenärztliche Bundesvereinigung	8f., 15ff., 28, 33ff., 38f., 44, 46, 55, 58

Kassenärztliche Vereinigung	8ff., 18, 20, 22ff., 30ff., 36, 38f., 46, 49, 58
Körperschaft des öffentlichen Rechts	8f., 11, 13, 33, 40, 43, 46
Leipziger Verband	10f., 49
Marburger Bund	49, 51f.
Medizinische Versorgungszentren	11, 20, 35, 38
NAV	49ff., 57
Organe	12ff., 16f., 33f., 39, 41, 43, 46, 48, 58
Pflichtmitgliedschaft	9, 13, 40
Psychotherapeuten	9, 12f., 15, 18f., 22ff., 26ff., 31, 34f., 38, 46, 48
Psychotherapeutengesetz	6, 12, 15, 19, 46
Psychotherapeutenkammer	8f., 46
Qualitätssicherung	17, 21, 36, 41, 44, 47
Richtlinien	10, 36, 44
Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	17f., 26
Satzung	13, 15ff., 28f., 33ff., 41, 43, 46, 49
Schiedsamt	36
Selbstverwaltung	12, 15, 17, 23f., 27
Sicherstellungsauftrag	16ff., 20, 22f., 26
VÄndG (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz)	21
Vergütung	20, 29f., 50, 52f.
Vertragshoheit	17, 26
Vertreterversammlung	13ff., 28, 30, 33ff., 37f., 46
Verwaltungsakt	14, 40
Vorstand	13ff., 28, 33f., 37ff., 43, 45f., 48
Widerspruch	14, 40
Wirtschaftlichkeit	25, 27, 36, 51
Wirtschaftlichkeitsprüfung	22, 26f.
Zentralinstitut	6, 39
Zulassung	10ff., 15, 19, 24, 42, 46
Zulassungsausschuss	12, 19, 27

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