

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	19
Kapitel 1: Einführung	21
§ 1 Problemaufriss	21
§ 2 Gang der Untersuchung	26
Kapitel 2: Die vertragsärztliche Sicherstellungsarchitektur im Kontext	29
§ 1 Der Sicherstellungsauftrag der KÄVen im historischen Kontext	29
A. Entstehung des Sicherstellungsauftrags aufseiten der Krankenkassen	29
I. Die Einführung des Sachleistungsprinzips als Auslöser	30
II. Umsetzung durch Selektivverträge	30
III. Umsetzungsdefizit infolge bestehender Verhandlungsimparität	31
IV. Ausweg durch Einführung der RVO?	32
V. Weitere Destabilisierung des Sicherstellungsauftrags trotz RVO	33
B. Transformationsprozess des Sicherstellungsauftrags	33
I. Verfahrensrechtliche Neuordnung durch das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung	34
1. Einführung durch das Berliner Abkommen	34
2. Kodifizierung durch die Reichsverordnungen I und II von 1923	35
3. Gemeinsame Selbstverwaltung als Paradigmenwechsel?	37
II. Organisationsrechtliche Neuordnung durch die Errichtung der KÄVen	39
1. Errichtung durch die Notverordnungen von 1931/1932	39
2. Kollektivvertragssystem und Gewährleistungsauftrag	40
C. Systembruch während der Zeit des Nationalsozialismus	43
D. Endgültige Übertragung des Sicherstellungsauftrags auf die KÄVen	45
I. Notwendigkeit einer gesetzlichen Neuregelung	45

II. Gesetzgeberische Maßgaben des Gesetzes über das Kassenarztrecht von 1955	46
1. (Neu-)Errichtung der KÄVen als Körperschaften des öffentlichen Rechts	46
2. Gemeinsame Selbstverwaltung und Kollektivverträge	47
3. Pflicht zur Sicherstellung der den Krankenkassen obliegenden ärztlichen Versorgung	48
4. Freiberuflich tätiger Kassenarzt als Regeltypus kassenärztlicher Versorgung	49
E. Entwicklungslinien durch nachfolgende Reformen	49
 § 2 Berührungspunkte des Sicherstellungsauftrags der KÄVen mit der Staatsaufgabendogmatik	52
A. Standort im Feld der Modalitäten staatlicher Aufgabenwahrnehmung	53
I. Grundstruktur und Abgrenzung zu anderen Modi staatlicher Aufgabenerfüllung	53
II. Felder staatlicher Sicherstellungsaktivität	58
III. Besonderheiten des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrags	61
B. Verfassungsrechtlich gebotene Sicherstellungsaktivität	64
I. Herleitung aus formell-verfassungsrechtlichen Grundsätzen	65
1. Gesetzgebungskompetenz	66
2. Organisationsrechtliche Vorgaben	67
II. Herleitung aus materiell-verfassungsrechtlichen Grundsätzen	68
1. Herleitung aus den Grundrechten	68
2. Herleitung aus dem Sozialstaatsprinzip	71
 Kapitel 3: Der Status quo in der vertragsärztlichen Sicherstellungsarchitektur	74
 § 1 Der Sicherstellungsauftrag der KÄVen für die kollektivvertragliche Regelversorgung	74
A. Einordnung in die Sicherstellungsarchitektur der GKV	74
I. Abgrenzung zu anderen Versorgungsbereichen der GKV	75
1. Sicherstellungsverantwortung für die Krankenhausbehandlung	76
2. Sicherstellungsverantwortung für den Rettungsdienst	78

3. Sicherstellungsverantwortung im Bereich der Arzneimittelversorgung	81
4. Sicherstellungsverantwortung in den übrigen Versorgungsbereichen	82
II. Abgrenzung zwischen allgemeiner und besonderer vertragsärztlicher Sicherstellungsverantwortung	83
B. Gesetzgeberische Maßgaben des § 75 SGB V	87
I. Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung als Kernaufgabe der KÄVen	87
1. Reichweite der Sicherstellungsverantwortung der KÄVen	88
a) Vertragsärztliche Versorgung	88
aa) Vertragsärztlicher Tätigkeitsbereich	89
(1) Vertragsärztliche Leistungserbringung im engeren Sinne	90
(2) Leistungsvermittelnde Verordnungstätigkeit	91
(3) Gutachterliche Aufgaben des Vertragsarztes	92
bb) Organisation des vertragsärztlichen Tätigkeitsbereichs	92
b) Ärztliche Versorgung außerhalb der GKV	95
aa) Ärztliche Versorgung in anderen öffentlich-rechtlichen Versorgungssystemen	96
(1) Regelungsintention	96
(2) Eingeschlossene Versorgungsbereiche	97
(3) Verfassungsrechtliche Legitimität	99
bb) Ärztliche Versorgung für Privatversicherte im Standard-/Basistarif	100
(1) Regelungsintention	101
(2) Eingeschlossener Versorgungsbereich	102
(3) Verfassungsrechtliche Legitimität	104
2. Umfang der Sicherstellungsverantwortung der KÄVen	105
a) Gewährleistungsauftrag	105
b) Überwachungsauftrag	109
II. Rechtswahrnehmungsauftrag	110
1. Verhältnis zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung	110
a) Rechtswahrnehmungsauftrag als Hemmnis	111
b) Rechtswahrnehmungsauftrag als funktionale Ergänzung	112
c) Eigene Bewertung	114

2. Adressaten und Methoden der Rechtswahrnehmung	114
a) Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung, Aufsichtsbehörden sowie Gesetzgebungsorgane	115
b) Vertragsärzte	116
c) Öffentlichkeit	116
C. Umsetzung des Sicherstellungsauftrags der KÄVen	117
I. Bedarfsplanung und Zulassung	118
1. Bedarfsplanung	119
a) Struktur und verfassungsrechtliche Legitimität	119
b) Verfahrensablauf	124
aa) Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA	124
bb) Bedarfsplan	125
cc) Feststellung von Über- bzw. Unterversorgung und Maßnahmen zu deren Beseitigung	128
(1) Überversorgung	128
(2) Unterversorgung	129
2. Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit	131
a) Struktur	132
b) Verfahrensablauf	135
aa) Zulassung in unbeschränkten Planungsbezirken	136
bb) Zulassung in gesperrten Planungsbezirken	141
(1) Sonderbedarfszulassung	141
(2) Berufliche Kooperationen	144
(3) Nachbesetzung bei Aufgabe der vertragsärztlichen Tätigkeit	145
(4) Zulassung nach fünfjähriger Tätigkeit in einem MVZ	150
(5) Ausschließlich belegärztliche Tätigkeit	150
cc) Zulassung in partiell entsperrten Planungsbezirken	152
c) Zulassungsentziehung als Kontrollmechanismus	154
aa) Verfahrensablauf	156
bb) Entziehungsgründe im Überblick	157
II. Modalitäten der Leistungserbringung	161
1. Sicherstellung der Qualität der vertragsärztlichen Leistungserbringung	162
a) Überprüfung von (neuen) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	163
b) Einrichtung eines Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementsystems	169
c) Qualitätsförderung und -prüfung durch die KÄVen	171

2. Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Leistungserbringung	173
a) Inhalt: Zwischen Minimal- und Maximalprinzip	174
b) Umsetzung durch die Wirtschaftlichkeitsprüfung	175
c) Verhältnis zur Sicherstellung der Qualität der vertragsärztlichen Leistungserbringung	177
3. Nachgelagertes Sicherstellungsinstrument: Disziplinarverfahren	179
a) Verfahrensablauf	181
b) Sanktionswürdige Pflichtverletzungen im Überblick	182
III. Vertragsärztliches Vergütungs- und Abrechnungssystem	184
1. Vertragsärztliches Vergütungssystem	185
a) Erstes Sicherstellungsinstrument: EBM	185
b) Zweites Sicherstellungsinstrument: Die regionale Euro-Gebührenordnung	189
c) Drittes Sicherstellungsinstrument: Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung	190
d) Viertes Sicherstellungsinstrument: Honorarverteilung	193
2. Vertragsärztliches Abrechnungssystem	196
a) Abrechnungsprüfung der KÄVen	198
b) Abrechnungsprüfung der Krankenkassen	200
§ 2 Selektivverträge als neue Gattung der vertragsärztlichen Versorgung	201
A. Ausgangspunkt: Modellvorhaben	202
I. Gesetzgeberische Maßgaben im Lichte des historischen Kontexts	202
1. Einführung von Erprobungsregelungen	203
2. Einführung von Modellvorhaben durch das 2. GKV-NOG 1997	204
3. Einzug selektivvertraglicher Strukturen durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000	207
4. Stärkung selektivvertraglicher Strukturen durch das GKV-WSG	208
II. Typen von Modellvorhaben	209
1. Strukturmodelle	210
a) Gesetzgeberische Rahmenbedingungen	211
aa) Trägerverantwortung	211
bb) Gestaltungsfreiheit: Die Suspendierung des Leistungserbringungsrechts	213
cc) Durchführungsmodalitäten	214

b) Gesetzgeberische Referenzgebiete	215
aa) Vorhaben zur Verbesserung der Datenverwendung	216
bb) Einbeziehung von nichtärztlichem Fachpersonal	216
cc) Vermeidung von Mehrfachinanspruchnahmen	221
dd) Arzneimittelversorgung	221
2. Leistungsmodelle	223
B. Typen selektivvertraglicher Versorgungsstrukturen	225
I. Ambulant-ärztliche Versorgungsstrukturen	225
1. Hausarztzentrierte Versorgung	226
a) Historischer Kontext	226
b) Gesetzgeberische Maßgaben	228
aa) Flächendeckende Einführung einer umfassenden hausarztzentrierten Versorgung	228
bb) Gesetzliche Mindeststandards	232
cc) Selektivvertragssystem	234
dd) Vertragsmonopol durch das GKV-OrgWG	237
c) Strukturprinzipien	239
aa) Vertragsparteien	240
(1) Primäre Vertragsparteien	240
(2) Sekundäre Vertragsparteien	244
bb) Vertragsschlussverfahren	246
(1) Verfahren bei obligatorischen Verträgen	246
(2) Verfahren bei fakultativen Verträgen	251
cc) Vertragsinhalt	255
d) Praktische Umsetzung	259
2. Besondere ambulante ärztliche Versorgung	262
a) Historischer Kontext	262
b) Gesetzgeberische Maßgaben	263
aa) Selektivvertragliche Ausgestaltung der gesamten ambulanten ärztlichen Versorgung	264
bb) Kollektivvertragliche Mindeststandards	265
cc) Selektivvertragssystem unter Beteiligung der KÄ Ven	266
c) Strukturprinzipien	269
aa) Vertragsparteien	269
bb) Vertragsschlussverfahren	270
cc) Vertragsinhalt	270
d) Praktische Umsetzung	273
II. Integrierte Versorgung	276
1. Historischer Kontext	276

2. Gesetzgeberische Maßgaben	280
a) Sektorenübergreifende oder interdisziplinär-fachübergreifende Versorgungsstrukturen	280
b) Selektivvertragssystem innerhalb gesetzlicher Rahmenvorgaben	284
c) Implementierung finanzieller Anreizsysteme	285
3. Strukturprinzipien	287
a) Anwendungsbereich	288
aa) Sektorenübergreifende Versorgung	288
bb) Interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung	291
b) Vertragsparteien	292
c) Vertragsschlussverfahren	295
d) Vertragsinhalt	301
4. Praktische Umsetzung	306
 § 3 Auswirkungen selektivvertraglicher Versorgungsstrukturen auf den Sicherstellungsauftrag der KÄVen	309
A. Explizite Auswirkungen auf den Sicherstellungsauftrag der KÄVen	310
I. Gesetzesauslegung im Hinblick auf die Reichweite der Einschränkung	310
1. Grammatische Auslegung	311
2. Systematische Auslegung	313
3. Historisch-Genetische Auslegung	317
4. Teleologische Auslegung	319
5. Offene Fragen	320
II. Gesetzesauslegung im Hinblick auf die Trägerverantwortung	320
1. Grammatische Auslegung	321
2. Systematische Auslegung	321
3. Historisch-Genetische Auslegung	324
4. Teleologische Auslegung	325
5. Offene Fragen	326
B. Implizite Auswirkungen auf den Sicherstellungsauftrag der KÄVen	327
I. Methodische Herangehensweise	328
II. Auswirkungen auf die Bedarfsplanung und Zulassung	332
1. Veränderung der rechtstatsächlichen Grundlage	334
a) Veränderung des örtlichen Versorgungsbedarfs	335
b) Veränderung der vertragsärztlichen Versorgungskapazitäten	337

2. Verminderte Sicherstellungswirkung des Bedarfsplanungs- und Zulassungsverfahrens	340
a) Entstehung von parallelen Bedarfsplanungsmechanismen	341
b) Entstehung einer neuen Zweistufigkeit der Zulassung	342
III. Auswirkungen auf die Modalitäten der Leistungserbringung	344
1. Auswirkungen auf die Sicherstellung der Qualität der vertragsärztlichen Leistungserbringung	345
a) Auswirkungen auf die Überprüfung von (neuen) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	345
b) Auswirkungen auf die Einrichtung eines Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementsystems	347
c) Auswirkungen auf die Qualitätsförderung und -prüfung durch die KÄVen	349
2. Auswirkungen auf die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Leistungserbringung	353
3. Auswirkungen auf das Disziplinarverfahren	355
IV. Auswirkungen auf das vertragsärztliche Vergütungs- und Abrechnungssystem	362
1. Bereinigung der Gesamtvergütung	363
a) Grundzüge des Bereinigungsverfahrens	364
aa) Erster Verfahrensschritt: Abstimmung der notwendigen Datengrundlage	365
bb) Zweiter Verfahrensschritt: Die Bereinigung der Gesamtvergütung	366
cc) Dritter Verfahrensschritt: Die Anpassung des Regelleistungsvolumens	369
b) Gebliebene Zweifel im Zuge des Bereinigungsverfahrens	370
2. Entsprechende Geltung der Abrechnungsprüfung	374
a) Situation im Rahmen der ambulant-ärztlichen Versorgungsstrukturen	375
b) Situation im Rahmen der integrierten Versorgung	378
Kapitel 4: Überlegungen zur Reform der vertragsärztlichen Sicherstellungsarchitektur	383
§ 1 Europa-/Verfassungsrechtliche Unbedenklichkeit des Status quo	383
A. Europarechtliche Unbedenklichkeit	383

B. Verfassungsrechtliche Unbedenklichkeit	386
I. Beurteilung unter Beachtung der verfassungsrechtlich gebotenen Sicherstellungsaktivität	386
1. Verfassungsrechtlich gebotene Mindestversorgung	386
2. Systemgerechtigkeit	388
3. „Kohärenzgedanke“ des „Nikolausbeschlusses“	393
II. Beurteilung aus Sicht der Grundrechte der Vertragsärzte	396
1. Bedarfsplanung und Zulassung	397
2. Modalitäten der Leistungserbringung	399
3. Vertragsärztliches Vergütungs- und Abrechnungssystem	400
§ 2 Stand der Reformdiskussion	405
A. Reformansätze innerhalb der gegenwärtigen vertragsärztlichen Strukturprinzipien	406
I. Grundlegende Systemlinien	407
II. Problemfelder	409
B. Reformansatz außerhalb der gegenwärtigen vertragsärztlichen Strukturprinzipien	413
I. Grundlegende Systemlinien	414
II. Problemfelder	416
§ 3 Rechtliche Maßstäbe für eine Reform	418
A. Erfordernis trennscharfer Sicherstellungsaufträge	419
I. Herleitung	419
II. Konkrete Ausgestaltungsanforderungen	421
B. Erfordernis funktionsadäquater Sicherstellungsinstrumente	426
I. Herleitung	426
II. Konkrete Ausgestaltungsanforderungen	429
1. Bedarfsplanung und Zulassung	429
2. Modalitäten der Leistungserbringung	437
3. Vertragsärztliches Vergütungs- und Abrechnungssystem	440
C. Erfordernis effizienter Aufsichtsinstrumente	445
I. Herleitung	445
II. Konkrete Ausgestaltungsanforderungen	449

Kapitel 5: Zusammenfassung und Ausblick	454
§ 1 Zusammenfassung	454
A. Erste These	454
B. Zweite These	456
C. Dritte These	458
§ 2 Ausblick – Vertragsärztliche Versorgung quo vadis?	461
§ 3 Ergebnisse der Untersuchung	463
Literaturverzeichnis	467
Internetquellen und weitere Materialien	485