

Inhaltsverzeichnis

Einführung. Läutet dem Arzt in strukturschwachen Regionen das Totenglöckchen? . . .	25
--	-----------

Teil 1

Grundlagen	31
-------------------	-----------

1. Kapitel

Problemstellung	31
------------------------	-----------

2. Kapitel

Begriffsverständnis	34
----------------------------	-----------

A. Maßstäbe für eine flächendeckende vertragsärztliche Versorgung	35
---	----

I. Allgemeine Verhältniszahlen nach der Bedarfsplanungs-RL	36
--	----

II. Unterversorgung nach der Bedarfsplanungs-RL	38
---	----

B. Zwischenergebnis	40
-------------------------------	----

3. Kapitel

Der Stand der Gesundheitsversorgung in Deutschland	41
---	-----------

A. Blick in die Statistik	41
-------------------------------------	----

I. Internationaler Befund	41
-------------------------------------	----

II. Deutscher Fokus	42
-------------------------------	----

B. Interpretation der Zahlen	42
--	----

C. Versorgungsdefizite als regionales bzw. lokales Problem	43
--	----

I. Die aktuelle Versorgungssituation: nicht flächendeckend versorgte Regionen . . .	44
---	----

II. Ursachen für die nicht-flächendeckende vertragsärztliche Versorgung	46
---	----

4. Kapitel

Zusammenfassung	48
------------------------	-----------

Teil 2

**Die flächendeckende vertragsärztliche Versorgung
und ihre Sicherstellung im geltenden Recht**

50

1. Kapitel

**Die flächendeckende vertragsärztliche Versorgung
im Gesundheitsrecht**

50

A. Textbefund: flächendeckende vertragsärztliche Versorgung und vergleichbare Begriffe im SGB V	50
I. Der Begriff der flächendeckenden Gesundheitsversorgung im SGB V	51
1. Flächendeckende Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung, § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V	51
2. Flächendeckende Sicherstellung der integrierten Versorgung, § 140a Abs. 1 S. 2 SGB V	52
3. Flächendeckende Sicherstellung des Krankentransports, § 133 Abs. 1 S. 3 SGB V	54
4. Flächendeckung und Richtlinien zur Qualitätssicherung, § 137 Abs. 3 S. 3 SGB V	55
5. Flächendeckende zahnärztliche Gruppenprophylaxe, § 21 Abs. 1 S. 2 SGB V	56
6. Bedarfsplanung und flächendeckende Versorgung, § 101 Abs. 1 S. 6 SGB V	57
7. Zwischenergebnis	57
II. Vergleichbare Begriffe im SGB V	58
1. Bedarfsgerechte Versorgung, § 70 Abs. 1 S. 1 SGB V	58
2. Gleichmäßige Versorgung, § 70 Abs. 1 S. 1 SGB V	59
3. Ausreichende und zweckmäßige Versorgung, §§ 70 Abs. 1 S. 2, 72 Abs. 2 SGB V	60
a) Ausreichende Versorgung	60
b) Zweckmäßige Versorgung	61
4. Maß des Notwendigen, § 70 Abs. 1 S. 2 SGB V	61
5. Zwischenergebnis	62
III. Bedarfsplanung, Unterversorgung und Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Beseitigung von Unterversorgung	62
IV. Die Ziele der GKV gem. § 1 SGB V und flächendeckende Versorgung	63
V. Sachleistungsprinzip und flächendeckende Versorgung	64
VI. Soziale Rechte nach dem SGB I und flächendeckende Versorgung	64
VII. Die Begründung des Gesetzentwurfes der Bundesregierung zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz	65
B. Textbefund: flächendeckende Gesundheitsversorgung und vergleichbare Begriffe in der Ärzte-ZV und der Bedarfsplanungs-RL	65

I. Ärzte-ZV	66
II. Bedarfsplanungs-RL	67
C. Ergebnis	68

2. Kapitel

Flächendeckende vertragsärztliche Versorgung und Grundgesetz	68
A. Objektiv-rechtliche Vorgaben des Grundgesetzes	68
I. Flächendeckende vertragsärztliche Versorgung und Sozialstaatsprinzip	69
II. Flächendeckende vertragsärztliche Versorgung und Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse	70
B. Nicht-flächendeckende vertragsärztliche Versorgung und Grundrechte	72
I. Die Leistungs- und Teilhabefunktion der Grundrechte	73
1. Grundsatz: zurückhaltende leistungsrechtliche Interpretation	73
2. Ausnahmen: Existenzminimum und Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (i. V. m. dem Sozialstaatsprinzip)	75
a) Existenzminimum	75
b) Art. 2 Abs. 2 i. V. m. dem Sozialstaatsprinzip	79
II. Die abwehrrechtliche Grundrechtsdimension: Art. 2 Abs. 1 GG i. V. m. dem Sozialstaatsprinzip	80
1. Nicht-flächendeckende Versorgung als Auflösung der Angemessenheit von Beitrag und Leistung?	81
2. Konsequenzen der Beseitigung des Angemessenheitszusammenhangs zwischen Beitrag und Leistung	84
III. Die Schutzpflichtdimension der Grundrechte	85
IV. Allgemeiner Gleichheitssatz, Art. 3 Abs. 1 GG	88
V. Zwischenergebnis	89
C. Zusammenfassung	90

3. Kapitel

Die Komposition der verschiedenen Regelungen mit Unterversorgung als Gegenstand	90
A. Unterversorgung im SGB V	91
B. Bedarfsplanungs-RL: Konkretisierung des Feststellungsverfahrens	95
C. Bundesmantelvertrag	97
D. Zusammenfassung	98

4. Kapitel

Die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung 98

A. Die Wirkungsweise des Leistungserbringerrechts und die Akteure der Gesundheitsversorgung	99
I. Sachleistungs- und Dienstleistungsprinzip als Charakteristikum der Gesundheitsversorgung	99
II. Akteure und gesetzliche Aufgabenverteilung bzgl. der Gesundheitsversorgung ..	101
1. Die Hauptakteure: Krankenkassen und KV	101
a) Allgemeiner Sicherstellungsauftrag, § 72 Abs. 1 SGB V	101
b) Besonderer Sicherstellungsauftrag, § 75 Abs. 1 SGB V	102
c) Aufgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände	105
d) Aufgaben der Kassenärztlichen (Bundes-)Vereinigung	106
2. Weitere Akteure	107
a) Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen	107
b) Zulassungsausschüsse	108
c) Gemeinsamer Bundesausschuss	108
III. Ergebnis	109
B. Die gesetzlichen Instrumente zur Sicherstellung der flächendeckenden Gesundheitsversorgung	110
I. Sicherstellung und freier Markt	111
II. Sicherstellungsinstrumente	115
1. Sicherstellungsinstrumente nach dem Vierten Kapitel, Achter Titel SGB V ..	116
a) Bedarfsplanung als Grundlage aller Sicherstellungsbemühungen	116
b) Maßnahmen der KV zur Abwendung bzw. Beseitigung der Unterversorgung	117
aa) Öffentlichkeit des Bedarfs – Die Ausschreibungspflicht gem. § 15 Ärzte-ZV	118
bb) Dienstleistungsfunktion der KV	118
cc) Finanzielle Anreize, § 105 Abs. 1 S. 1 SGB V	119
(1) Darlehen und Investitionszuschüsse	119
(2) Sicherstellungszuschläge	120
(3) Umsatzgarantien	120
(4) Sonstige finanzielle Anreize	123
dd) Sonstige Maßnahmen nach § 105 Abs. 1 S. 1 SGB V	125
ee) Betrieb von/Beteiligung an unmittelbar der ärztlichen Versorgung dienenden Einrichtungen, § 105 Abs. 1 S. 2 SGB V	125
ff) Kommunale Eigeneinrichtungen, § 105 Abs. 5. S. 1 SGB V	129
gg) Zusammenfassung	129

c) Anordnung von Zulassungsbeschränkungen, § 100 Abs. 2 SGB V, § 16 Ärzte-ZV	129
aa) Verfahren	131
bb) Verfassungsmäßigkeit von Zulassungssperren	131
(1) Prüfungsmaßstab – Berufsausübungs- oder Berufszulassungsregelung?	132
(2) Anwendung des Prüfungsmaßstabs auf Zulassungssperren	136
cc) Rechtmäßigkeit des § 16 Abs. 3, 4 Ärzte-ZV	139
(1) Darstellung des Problems	140
(2) § 104 Abs. 1 SGB V als Verordnungsvorbehalt?	142
(3) Verfassungsrechtliche Aspekte	143
(4) Einschränkung des § 104 Abs. 1 SGB V aus teleologischen und rechtslogischen Gründen	144
(5) Einschränkung der gefundenen Lösung durch die Rechtsprechung des BSG?	145
(6) Zwischenergebnis	147
d) Ausnahme von Zulassungsbeschränkungen im Fall vorheriger Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Planungsbereichen, § 103 Abs. 4 S. 5 Nr. 4 SGB V	147
2. Maßnahmen zur Sicherstellung außerhalb des Achten Titels des 4. Titels des SGB V	148
a) Aufhebung der Altersgrenzen	148
b) Beschränkung des Versorgungsauftrags	150
c) Zulassung von polnischen und ungarischen Ärzten, § 95 Abs. 2a S. 2 SGB V	151
aa) Hintergrund der Regelung	151
bb) Entzug der Zulassung gem. § 95 Abs. 6 SGB V nach Wegfall der Unterversorgung?	152
d) Ermächtigung von stationär tätigen Ärzten, § 116 SGB V, §§ 31 Abs. 1 lit. a, 31a Ärzte-ZV	153
aa) Unterversorgung als Gegenstand der § 116 SGB V, § 31a Ärzte-ZV? ..	153
bb) Anforderungen an die Ermächtigung	157
cc) Rechtsfolgen der Ermächtigung	158
dd) Ende der Ermächtigung	159
ee) Vorteile und Risiken der Ermächtigung bei Minderversorgung	159
e) Ermächtigung von Krankenhäusern, § 116a SGB V	161
aa) Inhalt und Rechtsfolge der Ermächtigung	161
bb) Rechtsanspruch auf Ermächtigung?	161
cc) Institutsermächtigung nur bei bestehender Unterversorgung?	164
f) Schwierigkeiten der Ermächtigung von Krankenhäusern	165

g) Errichtung von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen, § 140 SGB V ...	166
aa) Bestandseinrichtungen gem. § 140 Abs. 1 SGB V	167
bb) Neue Eigeneinrichtungen gem. § 140 Abs. 2 SGB V	167
cc) Zwischenergebnis	168
h) Vergütungsanreize	168
aa) Ausnahmen von Fallzahlenbegrenzungen gem. § 87b Abs. 3 S. 1 SGB V	169
bb) Vergütungsanreize gem. § 87 Abs. 2e SGB V a.F.	170
(1) Überblick über die Regelung	170
(2) Die Bedeutung der Orientierungswerte und des EBM für die Vergütung der Vertragsärzte	171
(3) Die Überprüfungspflichten gem. § 87 Abs. 7 SGB V a.F.	172
(4) Bewertung der Vergütungsanreize	173
cc) Vergütungsanreize nach § 87a Abs. 2 S. 3 SGB V	177
i) Kooperations- und Niederlassungsmodelle als Sicherstellungsinstrumente	177
aa) MVZ gem. § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V	178
bb) Gemeinschaftspraxen	180
(1) Organisationsgemeinschaft	180
(2) Berufsausübungsgemeinschaft	181
cc) Zweigpraxen	182
(1) Keine Beeinträchtigung der Versicherten am Vertragsarztsitz	183
(2) Anfechtungsbefugnis der Konkurrenten	186
(3) Auswirkungen auf die Unterversorgung	186
dd) Ausnahme von der Residenzpflicht gem. § 24 Abs. 2 S. 3 Ärzte-ZV a.F.	188
ee) Keine Verlegung des Vertragsarztsitzes gem. § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV ..	188
ff) Nebentätigkeiten von Vertragsärzten	189
j) Die Abschmelzung des Arztvorbehaltes als Sicherstellungsinstrument ...	190
aa) Der Arztvorbehalt	190
bb) Die Reduzierung persönlicher ärztlicher Aufgaben im geltenden Recht	191
cc) Praktische Ausgestaltung und Auswirkungen auf die Versorgung	193
C. Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen bei Fehlschlägen der Sicherstellungsbemühungen?	194
I. Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen gem. § 72a SGB V	195
II. Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen bei Unterversorgung?	195
D. Zusammenfassung	197

5. Kapitel

Systematisierung der Sicherstellungsinstrumente	197
A. Kategorisierung der Sicherstellungsinstrumente	197
I. Kategorisierung nach den Adressaten der Sicherstellungsinstrumente	198
1. Der Vertragsarzt als Adressat	198
2. Die KV als Adressat	198
3. Die Krankenkassen als Adressaten	199
4. Der Landesausschuss als Adressat	199
5. Der Zulassungsausschuss als Adressat	200
6. Der Bewertungsausschuss als Adressat	201
7. Die Ärztekammern als Adressaten	201
II. Kategorisierung nach dem Inhalt der Sicherstellungsinstrumente	201
1. Steigerung der Attraktivität der vertragsärztlichen Versorgung	201
a) Attraktivitätssteigerung durch finanzielle Anreize	201
b) Attraktivitätssteigerung durch Teilzeittätigkeit	202
c) Kooperations-, Anstellungs- und Niederlassungsmöglichkeiten	202
2. Versorgung durch nicht-freiberufliche Ärzte – Ausweitung der Leistungserbringer	203
3. Zugangsbeschränkungen	203
B. Sicherstellungsinstrumente als Steuerung	204
I. Recht und Steuerung	204
1. Das Steuerungspotenzial des (Gesundheits-)Rechts	205
2. Die Fruchtbarkeit der sog. Steuerungswissenschaft für die Interpretation der bestehenden Sicherstellungsinstrumente	209
3. Steuerungsbegriff	210
a) Sozialwissenschaftlicher Steuerungsbegriff nach Mayntz	211
b) Sicherstellungsinstrumente als Wirtschaftslenkung	211
c) Sicherstellungsinstrumente als Regulierung	212
d) Fazit: der hier zugrunde gelegte Steuerungsbegriff	215
II. Ziele der Steuerung im Gesundheitswesen	216
III. Sicherstellungsinstrumente und Steuerung – Systematisierung anhand des öffentlichen Wirtschaftsrechts	217
1. Direkte Verhaltenssteuerung	218
a) Marktzugangskontrolle	219
aa) Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung	219
bb) Ermächtigung	220
cc) Sperrung von Zulassungsbereichen gem. § 100 Abs. 2 SGB V	221
dd) Delegation ärztlicher Leistungen	221

b) Direkte Steuerung des Marktverhaltens	222
2. Indirekte Verhaltenssteuerung	222
3. Unspezifische Instrumente	223
4. Zwischenergebnis	223
IV. Schwierigkeiten und Auswirkungen der Wirtschaftslenkung im Gesundheitswesen	224
1. Externe Steuerung durch „Beifahrer“	224
2. Existenzielle Bedeutung der Gesundheitsversorgung und Grundrechte der Betroffenen	224
3. Wirtschaftslenkung und das Leitbild des freien Berufs	225
a) Finanzielle Anreize und gemäßigt Gewinnstreben	226
b) Freiberuflichkeit und Öffnung der ambulanten Versorgung der Versicherten für angestellte Ärzte	228
4. Zentrales Problem: systemexterne Ursachen, systeminterne Lösungen	229

6. Kapitel

Zusammenfassung	232
------------------------	------------

Teil 3

Instrumente zur Sicherstellung der flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung de lege ferenda	233
--	------------

1. Kapitel

Diskutierte Maßnahmen innerhalb des bestehenden Systems	234
A. Marktzugangsregelungen	234
I. Änderung der Rahmenbedingungen für die Zulassung zum Medizinstudium ...	234
1. Aufhebung des Numerus Clausus	235
2. Ausweitung der Universitätskapazitäten	236
3. Einführung einer sog. „Vorabquote“	237
a) Funktionsweise der „Vorabquote“	237
b) Bindung der Studierenden an die Voraussetzungen der „Vorabquote“? ...	237
aa) Probleme der Bindung an die Zusage	238
bb) Mildere Maßnahmen zur Durchsetzung der verfolgten Ziele	238
4. Weitere Reformvorschläge im Bereich des Medizinstudiums	240
II. Abbau von Überversorgung	240
1. Rechtliche Probleme des Abbaus von Überversorgung	240
2. Finanzierung des Ankaufs	241

a) Querfinanzierung durch einen allgemeinen Topf der KV?	241
b) Gründe gegen eine Querfinanzierung	242
III. Zuweisung unterversorgter Planungsbereiche	242
1. Grundrechtspositionen des Arztes	243
2. Wettbewerb des ambulanten Sektors mit Forschung, Ausland und stationärem Sektor	245
3. Hohe Fluktuation der Ärzte	246
IV. Erhöhung der Anzahl der Leistungserbringer	246
1. Anwerben ausländischer Ärzte	246
2. Delegation/Substitution ärztlicher Aufgaben unter gleichzeitiger „Hochzonung“ der Ausbildungsanforderungen	247
B. Direkte Marktverhaltenskontrolle: Zweig-, Gemeinschafts- und Filialpraxen, mobile Arztpraxen, Rotation und Telemedizin, Arbeitszeiten	250
I. Zweigpraxen	251
1. Beitrag zur Ärztekammer	251
2. Teilnahme an Notdiensten	252
II. Gemeinschaftspraxen und Rotation	253
1. Ärztgemeinschaft in einer Praxis	253
2. Rotation in Kooperationspraxen	254
III. Vernetzte Versorgungspraxen (mit Telemedizin)	255
1. Verbot der ausschließlichen Fernbehandlung durch das Berufsrecht	256
2. Arzthaftung bei fehlerhafter Diagnose durch Einsatz von Telemedizin	257
a) Sorgfaltsmaßstab im Arzthaftungsrecht	257
b) Abgesenkter Sorgfaltsstandard bei Unterversorgung?	258
3. Datensicherheit und Datenschutz	259
a) Datenübermittlung und Schweigepflicht	260
b) Sicherheit und Schutz der Daten	260
4. Vergütung telemedizinisch erbrachter Leistungen	262
5. Kosten für die Einrichtung eines Telemedizin-Netzwerks	262
IV. Mobile Arztpraxen	263
C. Indirekte Verhaltenssteuerung: Anreize und Attraktivitätssteigerungen	264
I. Verbesserte Positionierung der Allgemeinmedizin im Medizinstudium	264
II. Finanzielle Anreize im Rahmen der Ausbildung	265
III. Bessere Vergütung der „Problemärzte“	266
D. Sonstige Instrumente: Fahrdienste	268
E. Finanzierung	269
F. Zusammenfassung	270

2. Kapitel

**Mögliche Sicherstellungsinstrumente
bei einem Systemwandel**

	271
A. Öffentlicher Gesundheitsdienst in langfristig irregulär versorgten Gebieten	271
I. Öffentlicher Gesundheitsdienst	271
II. Rechte der verbliebenen Vertragsärzte	273
III. Finanzierung	274
B. Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen	274
I. Vergleichbarkeit der Ausgangslagen	274
II. Inhalt des § 72a SGB V	275
III. Sachgerechtigkeit der Ausweitung des § 72a SGB V auf die irreguläre Versorgung	276

3. Kapitel

Sicherstellungsinstrumente in Österreich

	277
A. Der status quo der Gesundheitsversorgung in Österreich	278
B. Die vertragsärztliche Versorgung in Österreich im Überblick	280
I. Die verschiedenen Regelungsebenen des österreichischen Gesundheitssystems	280
II. Die Einbeziehung der Ärzte in die Gesetzliche Krankenversicherung	283
III. Gegenstände der Gesamtverträge gem. § 338 Abs. 1 ASVG	284
1. Stellenplanung als Vorgabe für die optimale vertragsärztliche Versorgung	284
2. Die Auswahl des Vertragsarztes durch den Hauptverband	285
3. Sonstige Regelungen der vertragsärztlichen Tätigkeit	288
C. Sicherstellungsinstrumente	290
I. Die flächendeckende vertragsärztliche Versorgung als Ziel des Gesundheitsrechts	290
II. Sicherstellungsinstrumente nach dem Gesamtvertrag und dem ÄrzteG	291
III. Honorarregelungen	292
IV. Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Planstellenbewirtschaftung	293
V. Das Selektivvertragssystem als Schlüssel für eine bedarfsgerechte Verteilung der Ärzte	295
D. Anwendbarkeit auf das deutsche System	297
I. Neuregelung der Bedarfsplanung in Deutschland?	297
II. Abschied vom Anspruch auf Zulassung?	300
E. Zusammenfassung	302

4. Kapitel

Fazit

303

Teil 4

Reformvorschläge	305
A. Ausweitung der Leistungserbringer	305
B. Abbau und Verhinderung von Überversorgung	305
C. Flexibilisierung des Berufsrechts	306
D. Finanzielle Anreize	306
E. Errichtung eines öffentlichen Gesundheitsdienstes	307
F. Finanzierungsregelungen	307
Literaturverzeichnis	308
Verzeichnis der verwendeten Internetquellen	328
Sachwortverzeichnis	331