

# Honorarkürzungen, Arzneimittelregresse, Heilmittelregresse

---

Beate Bahner

---

# Honorarkürzungen Arzneimittelregresse Heilmittelregresse

Ärzte in der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Beate Bahner  
Fachanwältin für Medizinrecht  
Anwaltskanzlei Bahner & Koll.  
Werderstraße 26  
69120 Heidelberg  
kanzlei@beatebahner.de  
www.beatebahner.de

ISBN-10 3-540-31320-6 Springer Berlin Heidelberg New York  
ISBN-13 978-3-540-31320-5 Springer Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek  
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer ist ein Unternehmen von Springer Science+Business Media  
[springer.de](http://springer.de)

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2006  
Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Einbandgestaltung: de'blik, Berlin  
Foto der Autorin auf Einbandrückseite: Friederike Hentschel, Heidelberg  
VG-Bildkunst Nr. 12 32 77 92

SPIN 11614753 64/3153-5 4 3 2 1 0 – Gedruckt auf säurefreiem Papier

## Vorwort

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung bleibt ein Dauerbrenner für Ärztinnen und Ärzte: Denn der Gesetzgeber hat sich diesem Thema bei der letzten Gesundheitsreform eingehend gewidmet und erwartet durch erhebliche Änderungen des Prüfverfahrens höhere Einsparungen – freilich zu Lasten der Ärzteschaft, die hierdurch weitere Honorarkürzungen und Regresse riskiert. So müssen Ärzte jedes Quartal damit rechnen, aufgrund einer Stichprobenziehung in eine Wirtschaftlichkeitsprüfung zu geraten, selbst wenn die Abrechnungs- oder Verordnungswerte zunächst nicht auffällig sind. Auch die Richtgrößenprüfung bei Arznei- und Heilmitteln ist angesichts der unerfreulichen Finanzlage der Krankenkassen verstärkt ins Blickfeld gerückt und wird mit dem neuen AVWG (Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz) sogar noch von weiteren Prüf- und Kürzungsmaßnahmen flankiert.

Das Buch beschreibt Voraussetzungen, Ablauf und Folgen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung anhand der aktuellen Gesetzgebung und höchstrichterlichen Rechtsprechung. Mein Ziel war eine gut verständliche und praxisnahe Darstellung, die zugleich die eventuellen Angriffspunkte durch die Prüfungsgremien sowie die Reaktionsmöglichkeiten der Ärzte enthält. Eine sorgfältige individuelle Rechtsprüfung und die hiermit verbundene anwaltliche Vertretung durch eine spezialisierte Kanzlei kann und soll dieses Buch jedoch nicht ersetzen. Denn im konkreten Prüfverfahren kommt es zur Vermeidung von Rechtsnachteilen nicht nur auf die zutreffende Argumentation und deren korrekte Darstellung an; auch eine überzeugende anwaltliche Verteidigungsstrategie kann das Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren maßgeblich beeinflussen oder abkürzen.

Aufgrund der positiven Aufnahme meiner Bücher „Das neue Werberecht für Ärzte“ und „Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Zahnärzten“ wurden Konzept und Darstellung auch in diesem Buch beibehalten. Überschneidungen ergeben sich allerdings mit der zahnärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung, da das Verfahren sowohl bei Ärzten als auch bei Zahnärzten denselben gesetzlichen Regelungen unterliegt. Die Leser beider Bücher zur Wirtschaftlichkeitsprüfung werden daher die Darstellung der jeweiligen Besonderheiten zu schätzen wissen, jedoch keine neuen Ausführungen erwarten, soweit die Verfahrensprinzipien übertragbar oder vergleichbar sind.

Konstruktive Kritik oder Anregungen sind ebenso stets willkommen wie die Übersendung von Gerichtsentscheidungen oder weiterführenden Beiträgen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung durch interessierte Gerichte, Anwälte oder Ärzte. So kann auch eine spätere Auflage aktuell und umfassend sein.

## **Inhaltsübersicht**

<b>1</b>	<b>Sinn und Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Das Wirtschaftlichkeitsgebot .....</b>	<b>23</b>
<b>3</b>	<b>Grundsätze der ärztlichen Verordnung.....</b>	<b>41</b>
<b>4</b>	<b>Verfahrensgrundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung .....</b>	<b>71</b>
<b>5</b>	<b>Zufälligkeitsprüfung/Stichprobenprüfung .....</b>	<b>111</b>
<b>6</b>	<b>Einzelfallprüfung .....</b>	<b>125</b>
<b>7</b>	<b>Statistische Vergleichsprüfung.....</b>	<b>137</b>
<b>8</b>	<b>Richtgrößenprüfung.....</b>	<b>187</b>
<b>9</b>	<b>Praxisbesonderheiten .....</b>	<b>199</b>
<b>10</b>	<b>Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung .....</b>	<b>217</b>
<b>11</b>	<b>Reaktionsmöglichkeiten des Arztes .....</b>	<b>253</b>
<b>12</b>	<b>Disziplinar- und strafrechtliche Konsequenzen.....</b>	<b>285</b>
<b>13</b>	<b>Maßgebliche Gesetzestexte.....</b>	<b>293</b>
<b>14</b>	<b>Rechtsprechungsverzeichnis .....</b>	<b>307</b>
<b>15</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>325</b>
<b>16</b>	<b>Stichwortverzeichnis .....</b>	<b>331</b>

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Sinn und Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung .....</b>	<b>1</b>
1.1.	<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.2.	<b>Medizinische Behandlung in der GKV .....</b>	<b>2</b>
1.2.1.	Krankenversicherung als soziale Absicherung.....	2
1.2.2.	Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung.....	3
1.2.3.	Beitragspflicht und Versicherungsleistungen.....	4
1.2.4.	Umfang der vertragsärztlichen Versorgung .....	5
1.2.5.	Leistungsbegrenzung und Leistungsausschluss.....	6
1.3.	<b>Das Sachleistungsprinzip in der GKV.....</b>	<b>7</b>
1.3.1.	Medizinische Versorgung durch Leistungserbringer.....	7
1.3.2.	Sicherstellungsauftrag und gemeinsame Selbstverwaltung.....	8
1.3.3.	Anspruch der Patienten auf Sach- und Dienstleistungen .....	9
1.3.4.	Konkretisierung des Leistungsanspruchs durch die Ärzte .....	10
1.3.5.	Bindung der Krankenkasse an die Therapieentscheidung.....	11
1.3.6.	Leistungsbegrenzung durch das Wirtschaftlichkeitsgebot .....	12
1.4.	<b>Verfassungsmäßigkeit des Leistungsrechts .....</b>	<b>14</b>
1.4.1.	Kein Anspruch auf bestimmte Gesundheitsleistungen .....	14
1.4.2.	Ausnahme: Lebensbedrohliche Erkrankung .....	14
1.4.3.	Bisherige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts .....	15
1.4.4.	Die „Nikolaus-Entscheidung“ des Bundesverfassungsgerichts.....	16
1.5.	<b>Vergütung der ärztlichen Leistungen.....</b>	<b>18</b>
1.5.1.	Der Honoraranspruch des Arztes.....	18
1.5.2.	Fehlende Anreize zur Leistungsbeschränkung.....	19
1.5.3.	Die Wirtschaftlichkeitsprüfung als Korrektiv .....	20
<b>2</b>	<b>Das Wirtschaftlichkeitsgebot .....</b>	<b>23</b>
2.1.	<b>Grundlagen .....</b>	<b>23</b>
2.2.	<b>Kriterien des Wirtschaftlichkeitsgebotes .....</b>	<b>24</b>
2.2.1.	Zweckmäßigkeit der Leistungen .....	24
2.2.2.	Ausreichende Leistungen.....	26
2.2.3.	Notwendigkeit der Behandlung.....	27
2.2.3.1.	Vergleichbare Begriffe .....	27
2.2.3.2.	Schwierige Abgrenzung im Einzelfall.....	28
2.2.4.	Wirtschaftlichkeit (im engeren Sinne).....	29
2.2.5.	„Wirtschaftlich“ bedeutet nicht zwangsläufig „billig“.....	30

<b>2.3.</b>	<b>Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes.....</b>	<b>31</b>
2.3.1.	Richtlinien zur ärztlichen Behandlung.....	31
2.3.2.	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden .....	33
2.3.3.	Qualitätssicherung .....	35
2.3.4.	Überprüfung der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes .....	36
2.3.4.1.	Vor Leistungserbringung.....	36
2.3.4.2.	Nach Leistungserbringung.....	36
<b>2.4.</b>	<b>Zulässige Beschränkung der Berufsfreiheit .....</b>	<b>38</b>
2.4.1.	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts.....	38
2.4.2.	Spannungsfeld zwischen Therapiefreiheit und Sparzwängen .....	39
<b>3</b>	<b>Grundsätze der ärztlichen Verordnung.....</b>	<b>41</b>
<b>3.1.</b>	<b>Die Verordnung von Arzneimitteln.....</b>	<b>41</b>
3.1.1.	Anspruch auf Arzneimittelversorgung.....	41
3.1.2.	Arzneimittelrichtlinien und allgemeine Verordnungsgrundsätze .....	41
3.1.3.	Leistungspflicht der Krankenversicherung .....	42
3.1.4.	Leistungsausschlüsse in der Arzneimittelversorgung .....	42
3.1.4.1.	Nicht verschreibungspflichtige Medikamente .....	43
3.1.4.2.	Ausschluss bei bestimmten Indikationen.....	43
3.1.4.3.	Weitere Ausschlusskriterien .....	44
3.1.4.4.	Negativliste .....	45
3.1.4.5.	Off-Label-Use .....	45
3.1.5.	Verordnungskriterien für die Ärzte .....	47
3.1.5.1.	Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes .....	47
3.1.5.2.	Nutzen-Risiko-Abwägung.....	47
3.1.5.3.	Verordnungsmenge .....	48
3.1.5.4.	Preisvergleich und Einsatz von Generika .....	49
3.1.5.5.	Verordnung auf Privatrezept.....	50
3.1.6.	Durchschnittskosten je Dosiereinheit nach AVWG .....	51
3.1.6.1.	Grundlagen .....	51
3.1.6.2.	Sanktionen .....	52
3.1.6.3.	Berufung auf Praxisbesonderheiten.....	52
3.1.7.	Einsatz bestimmter Praxissoftware.....	53
<b>3.2.</b>	<b>Die Verordnung von Heilmitteln .....</b>	<b>54</b>
3.2.1.	Anspruch auf Heilmittelversorgung .....	54
3.2.2.	Heilmittelrichtlinien und Heilmittelkatalog .....	54
3.2.3.	Was sind Heilmittel? .....	54
3.2.4.	Leistungspflicht der Krankenversicherung .....	55

3.2.5.	Leistungsausschlüsse in der Heilmittelversorgung .....	56
3.2.5.1.	Ausschluss bestimmter Therapieformen .....	56
3.2.5.2.	Ausschluss bei bestimmten Indikationen .....	56
3.2.5.3.	Weitere Leistungsausschlüsse .....	57
3.2.6.	Verordnungskriterien für die Ärzte .....	57
3.2.6.1.	Grundlagen .....	57
3.2.6.2.	Heilmittelverordnung im Regelfall .....	58
3.2.6.3.	Erstverordnung und Folgeverordnung .....	59
3.2.6.4.	Verordnungsmenge .....	59
3.2.6.5.	Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes .....	60
3.2.6.6.	Verordnung auf Privatrezept .....	61
<b>3.3.</b>	<b>Die Verordnung von Sprechstundenbedarf .....</b>	<b>62</b>
3.3.1.	Grundlagen .....	62
3.3.2.	Was ist Sprechstundenbedarf? .....	62
3.3.3.	Die Sprechstundenbedarfsvereinbarung .....	63
3.3.3.1.	Enumerationsprinzip und Auslegungsfähigkeit .....	63
3.3.3.2.	Die Bedeutung des EBM .....	64
3.3.4.	Verordnungskriterien für die Ärzte .....	66
3.3.4.1.	Grundlagen .....	66
3.3.4.2.	Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes .....	66
3.3.4.3.	Weitere Verordnungskriterien .....	67
3.3.4.4.	Die Garantiefunktion der Verordnung .....	68
3.3.5.	Die Wirtschaftlichkeitsprüfung des Sprechstundenbedarfs .....	69
<b>4</b>	<b>Verfahrensgrundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung .....</b>	<b>71</b>
<b>4.1.</b>	<b>Rechtsgrundlagen der Wirtschaftlichkeitsprüfung .....</b>	<b>71</b>
4.1.1.	§ 106 SGB V und Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung .....	71
4.1.2.	Prüfvereinbarung .....	72
4.1.3.	Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts .....	74
4.1.4.	Bundesmantelvertrag-Ärzte .....	74
<b>4.2.</b>	<b>Prüfgremien .....</b>	<b>76</b>
4.2.1.	Prüfungs- und Beschwerdeausschuss .....	76
4.2.2.	Der unabhängige Vorsitzende .....	77
4.2.3.	Kammern und gemeinsame Ausschüsse .....	78
4.2.4.	Geschäftsstellen der Prüfgremien .....	79
<b>4.3.</b>	<b>Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung .....</b>	<b>81</b>
4.3.1.	Vorgaben des § 106 SGB V .....	81
4.3.2.	Abgrenzungsfragen .....	82



4.3.3.	Sachlich-rechnerische Berichtigung durch die KV.....	84
4.3.4.	Zuständigkeit der Prüfungsgremien.....	84
<b>4.4.</b>	<b>Prüfmethoden der Wirtschaftlichkeitsprüfung.....</b>	<b>86</b>
4.4.1.	Übersicht.....	86
4.4.2.	Zulässigkeit weiterer Prüfmethoden.....	87
4.4.3.	Neuregelung durch die Gesundheitsreform 2004.....	87
<b>4.5.</b>	<b>Einleitung des Prüfverfahrens.....</b>	<b>89</b>
4.5.1.	Einleitung ohne Prüfantrag.....	89
4.5.2.	Einleitung nach Prüfantrag.....	89
4.5.3.	Vorauswahl.....	91
4.5.4.	Frist und Verjährung.....	91
<b>4.6.</b>	<b>Datenübermittlung.....</b>	<b>93</b>
4.6.1.	Grundlagen.....	93
4.6.2.	Schwierigkeiten der Erfassung von Verordnungskosten.....	94
4.6.3.	Zulässigkeit der elektronischen Datenübermittlung.....	95
4.6.4.	Zweifel an der Richtigkeit der Daten.....	96
4.6.4.1.	Nachweispflicht des Arztes.....	96
4.6.4.2.	Konsequenz bei nachgewiesenen Datendifferenzen.....	97
4.6.4.3.	Kritik und Gegenvorschlag.....	98
4.6.4.4.	Keine ergänzende Einzelfallprüfung.....	100
<b>4.7.</b>	<b>Durchführung des Prüfverfahrens.....</b>	<b>101</b>
4.7.1.	Beteiligte des Verfahrens.....	101
4.7.2.	Neues Quartal – neue Prüfung.....	101
4.7.3.	Prüfarzt und Prüfbericht.....	102
4.7.4.	Nichtöffentlichkeit des Verfahrens.....	103
4.7.5.	Beurteilungs- und Ermessensspielraum der Prüfungsgremien.....	104
4.7.6.	Aufsicht und Haftung der Vorstände.....	105
<b>4.8.</b>	<b>Verfahrensrechte des Arztes.....</b>	<b>106</b>
4.8.1.	Anspruch auf rechtliches Gehör.....	106
4.8.2.	Recht auf Akteneinsicht.....	107
4.8.3.	Rechtsbeistand und anwaltliche Vertretung.....	108
<b>5</b>	<b>Zufälligkeitsprüfung/Stichprobenprüfung.....</b>	<b>111</b>
<b>5.1.</b>	<b>Grundlagen.....</b>	<b>111</b>
5.1.1.	Neuregelung durch die Gesundheitsreform 2004.....	111
5.1.2.	Sinn und Zweck der Zufälligkeitsprüfung.....	112
5.1.3.	Richtlinien zur Zufälligkeitsprüfung (Ril-ZP).....	113

<b>5.2. Zufälligkeitsprüfung als Auswahlverfahren.....</b>	<b>114</b>
5.2.1. Grundlagen .....	114
5.2.2. Auswahlkriterien .....	114
5.2.3. Konsequenz der Auswahlentscheidung .....	115
5.2.4. Datenübermittlung.....	116
5.2.5. Vorauswahl.....	117
<b>5.3. Eröffnung des Prüfverfahrens.....</b>	<b>119</b>
5.3.1. Gegenstand und Beurteilungskriterien in der Zufälligkeitsprüfung	119
5.3.2. Prüfmethode in der Zufälligkeitsprüfung.....	120
5.3.3. Prüfkriterien in der Zufälligkeitsprüfung.....	121
5.3.4. Weitere Prüfkriterien.....	122
5.3.5. Prüfzeitraum und Ausschluss der Zufälligkeitsprüfung.....	123
5.3.6. Prüfmaßnahmen .....	123
5.3.7. Die Zufälligkeitsprüfung als Damoklesschwert .....	124
<b>6 Einzelfallprüfung .....</b>	<b>125</b>
<b>6.1. Grundlagen .....</b>	<b>125</b>
6.1.1. Durchführung der Einzelfallprüfung .....	125
6.1.2. Varianten der Einzelfallprüfung.....	126
<b>6.2. Strenge Einzelfallprüfung.....</b>	<b>127</b>
<b>6.3. Repräsentative/ingeschränkte Einzelfallprüfung .....</b>	<b>128</b>
6.3.1. Grundlagen .....	128
6.3.2. Voraussetzungen der repräsentativen Einzelfallprüfung.....	129
<b>6.4. Beispielhafte/ergänzende Prüfung von Einzelfällen.....</b>	<b>131</b>
<b>6.5. Vor- und Nachteile der Einzelfallprüfung.....</b>	<b>133</b>
6.5.1. Vorteile der Einzelfallprüfung .....	133
6.5.2. Nachteile und Schwierigkeiten der Einzelfallprüfung .....	133
6.5.3. Vorrang der statistischen Vergleichsprüfung .....	135
<b>7 Statistische Vergleichsprüfung.....</b>	<b>137</b>
<b>7.1. Grundlagen .....</b>	<b>137</b>
7.1.1. Begrifflichkeiten .....	138
7.1.2. Bisherige Regelprüfmethode und ihre Vorteile.....	138
7.1.3. Änderungen durch die Gesundheitsreform 2004.....	139
7.1.4. Notwendigkeit der Regelung in der Prüfvereinbarung .....	140
<b>7.2. Fallzahl, Fallwert und Statistik .....</b>	<b>141</b>
7.2.1. Fallzahl.....	141
7.2.2. Fallwert.....	141

7.2.3.	Die Erstellung der Statistik .....	142
7.2.4.	Uneinheitlichkeit der Statistiken .....	143
<b>7.3.</b>	<b>Annahmen der statistischen Vergleichsprüfung .....</b>	<b>144</b>
7.3.1.	Wirtschaftliche Behandlungsweise aller Ärzte.....	144
7.3.2.	Vergleichbares Abrechnungsverhalten .....	145
7.3.3.	Vertikalvergleich mit eigenen Werten .....	146
<b>7.4.</b>	<b>Überschreitungskategorien nach der Rechtsprechung .....</b>	<b>148</b>
7.4.1.	Grundlagen .....	148
7.4.2.	Normale Streuung .....	149
7.4.3.	Übergangszone.....	149
7.4.4.	Offensichtliches Missverhältnis .....	151
7.4.5.	Die Gauß'sche Normalverteilung.....	153
7.4.6.	Beurteilungsspielraum der Prüfungsgremien .....	154
<b>7.5.</b>	<b>Funktion der Grenzwerte .....</b>	<b>156</b>
7.5.1.	Einleitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	156
7.5.2.	Vermutung der Unwirtschaftlichkeit .....	156
7.5.2.1.	Grundlagen .....	156
7.5.2.2.	Anscheinsbeweis und Beweislastumkehr .....	157
7.5.2.3.	Geringfügige Über- oder Unterschreitung.....	158
<b>7.6.</b>	<b>Vergleich von Leistungssparten und Einzelleistungen.....</b>	<b>160</b>
7.6.1.	Gesamtfallwert als Aufgreifkriterium.....	160
7.6.2.	Vergleich von Leistungssparten .....	160
7.6.3.	Vergleich von Einzelleistungen.....	162
7.6.3.1.	Grundlagen .....	162
7.6.3.2.	Voraussetzungen.....	162
7.6.3.3.	Grundleistungen.....	163
7.6.3.4.	Fachgruppentypische Einzelleistungen .....	164
7.6.3.5.	Notwendigkeit einer zuverlässigen Vergleichsbasis .....	164
7.6.3.6.	Grenzwerte .....	165
7.6.3.7.	Besondere Würdigung der Gesamtumstände.....	167
<b>7.7.</b>	<b>Bildung einer Vergleichsgruppe .....</b>	<b>168</b>
7.7.1.	Vergleichsgruppe nach Fachgebieten .....	168
7.7.1.1.	Grundlagen .....	168
7.7.1.2.	Fachgebietsbezeichnungen .....	169
7.7.2.	Verfeinerung nach Schwerpunktbildung .....	171
7.7.2.1.	Grundlagen .....	171
7.7.2.2.	Schwerpunktbezeichnungen .....	172

7.7.3.	Keine zwingende Verfeinerung nach Zusatzbezeichnungen.....	174
7.7.3.1.	Grundlagen .....	174
7.7.3.2.	Zusatzbezeichnungen .....	175
7.7.4.	Größe und Homogenität der Vergleichsgruppe.....	177
7.7.5.	Beurteilungsspielraum der Prüfungsgremien .....	178
7.7.6.	Vor- und Nachteile einer engeren Vergleichsgruppe.....	179
<b>7.8.</b>	<b>Das Erfordernis einer intellektuellen Prüfung .....</b>	<b>180</b>
7.8.1.	Notwendigkeit eines typischen Geschehensablaufs.....	180
7.8.2.	Berücksichtigung der konkreten medizinischen Behandlung.....	180
7.8.3.	Übereinstimmung der Leistungsbedingungen.....	181
7.8.4.	Zeitpunkt der intellektuellen Überprüfung.....	181
<b>7.9.</b>	<b>Darlegungspflicht und Sachverhaltsaufklärung .....</b>	<b>182</b>
7.9.1.	Darlegungspflicht des Arztes .....	182
7.9.2.	Dokumentation und Schweigepflicht.....	183
7.9.3.	Folgen einer unterlassenen Mitwirkung.....	184
7.9.4.	Sachverhaltsaufklärung durch die Prüfungsgremien .....	185
7.9.5.	Grenzen der Aufklärungspflicht.....	186
<b>8</b>	<b>Richtgrößenprüfung.....</b>	<b>187</b>
<b>8.1.</b>	<b>Grundlagen .....</b>	<b>187</b>
<b>8.2.</b>	<b>Richtgrößenvereinbarung.....</b>	<b>189</b>
8.2.1.	Öffentlich-rechtlicher Vertrag.....	189
8.2.2.	Arzneimittelvereinbarung und Ausgabenvolumen .....	189
8.2.3.	Vereinbarung von Richtgrößen .....	190
8.2.4.	Richtgrößenvolumen .....	191
8.2.5.	Grenzwerte.....	192
8.2.6.	Ausgabenvolumen und Zahlenbeispiel .....	192
8.2.7.	Fristgerechte Bekanntmachung der Richtgrößenvereinbarung.....	193
8.2.8.	Fortgeltung der bisherigen Richtgrößenvereinbarung .....	194
<b>8.3.</b>	<b>Durchführung der Richtgrößenprüfung .....</b>	<b>196</b>
8.3.1.	Unterfall der statistischen Vergleichsprüfung.....	196
8.3.2.	Unterschiede zur statistischen Vergleichsprüfung.....	197
8.3.2.1.	Strengere Grenzwerte.....	197
8.3.2.2.	Zeitraum der Richtgrößenprüfung.....	197
8.3.2.3.	Vergleichsmöglichkeiten in der Richtgrößenprüfung.....	198
<b>9</b>	<b>Praxisbesonderheiten .....</b>	<b>199</b>
<b>9.1.</b>	<b>Grundlagen .....</b>	<b>199</b>

9.1.1.	Was sind Praxisbesonderheiten? .....	199
9.1.2.	Beispiele für Praxisbesonderheiten .....	201
9.1.3.	Anfängerpraxis.....	202
<b>9.2.</b>	<b>Praxisbesonderheiten in der Arzneimittelverordnung.....</b>	<b>203</b>
9.2.1.	Anerkennungsfähige Arzneimitteltherapien.....	203
9.2.2.	Anerkennungsfähige Indikationen.....	204
9.2.3.	Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten .....	205
<b>9.3.</b>	<b>Was sind keine Praxisbesonderheiten? .....</b>	<b>206</b>
<b>9.4.</b>	<b>Anerkennung von Praxisbesonderheiten.....</b>	<b>209</b>
9.4.1.	Nachweis der Praxisbesonderheiten .....	209
9.4.2.	Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten.....	209
9.4.3.	Ermittlung der Mehrkosten durch Praxisbesonderheiten .....	211
<b>9.5.</b>	<b>Kompensatorische Einsparungen.....</b>	<b>213</b>
9.5.1.	Grundlagen .....	213
9.5.2.	Kausaler Zusammenhang.....	214
9.5.3.	Nachweis der Kausalität .....	215
<b>10</b>	<b>Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung .....</b>	<b>217</b>
<b>10.1.</b>	<b>Keine Beanstandung .....</b>	<b>217</b>
<b>10.2.</b>	<b>Beratung des Arztes.....</b>	<b>218</b>
10.2.1.	Bisherige Rechtslage .....	218
10.2.2.	Änderungen durch die Gesundheitsreform .....	218
10.2.3.	Gebot der sorgfältigen Abwägung von Prüfmaßnahmen .....	219
10.2.4.	Beratungs- und Informationspflicht bei Richtgrößenprüfung .....	220
<b>10.3.</b>	<b>Vergleich zwischen Arzt und Prüfgremium .....</b>	<b>221</b>
10.3.1.	Grundsätzliches.....	221
10.3.2.	Vergleich durch Individuelle Richtgrößenvereinbarung.....	222
10.3.3.	Weitere Vergleichsmöglichkeit bei Richtgrößenprüfung.....	223
10.3.4.	Praktischer Verlauf des Vergleichsangebotes .....	224
10.3.4.1.	Beispiel aus der Praxis .....	225
10.3.4.2.	Anwaltliche Empfehlung.....	225
10.3.5.	Anfechtungsmöglichkeit durch Verfahrensbeteiligte .....	226
10.3.5.1.	Keine sofortige Bindungswirkung des Vergleichs.....	226
10.3.5.2.	Klagevoraussetzungen gegen Vergleich.....	228
10.3.5.3.	Keine Bindungswirkung zu Lasten des Arztes .....	229
10.3.6.	Prozessvergleich.....	229

<b>10.4. Honorarkürzung</b> .....	<b>231</b>
10.4.1. Ermessensspielraum hinsichtlich des Kürzungsumfangs.....	231
10.4.2. Pflicht zur Honorarkürzung durch die Prüfungsgremien .....	232
10.4.2.1. Beispiel 1: Honorarkürzung eines Kieferorthopäden .....	232
10.4.2.2. Beispiel 2: Honorarkürzung eines Zahnarztes .....	233
10.4.3. Kürzung in das Praxisbudget .....	234
10.4.4. Kein Ermessen in Bezug auf fehlendes Verschulden .....	234
10.4.5. Vertrauensschutz nur im Ausnahmefall.....	235
10.4.6. Zulässige Schätzung des Kürzungsbetrages.....	236
<b>10.5. Arzneimittelregress/Heilmittelregress</b> .....	<b>237</b>
10.5.1. Voraussetzungen für die Festsetzung eines Regresses.....	237
10.5.2. Schaden der Krankenkassen.....	238
10.5.3. Kein Verschulden des Arztes erforderlich .....	238
10.5.4. Einsparungen der Krankenkassen.....	239
10.5.5. Stundung der Regressforderung .....	240
10.5.6. Erlass der Regressforderung .....	241
<b>10.6. Sprechstundenbedarfsregress</b> .....	<b>243</b>
10.6.1. Regressanspruch und Schaden der Krankenkassen .....	243
10.6.2. Berufung auf kompensatorische Einsparungen .....	244
<b>10.7. Erlass eines Prüfbescheids</b> .....	<b>247</b>
10.7.1. Der Prüfbescheid als Verwaltungsakt.....	247
10.7.2. Formelle Anforderungen.....	247
10.7.3. Begründungspflicht der Prüfungsgremien.....	249
10.7.3.1. Reichweite der Begründungspflicht .....	249
10.7.3.2. Grenzen der Begründungspflicht .....	250
10.7.3.3. Begründungsfrist.....	251
<b>11 Reaktionsmöglichkeiten des Arztes</b> .....	<b>253</b>
<b>11.1. Akzeptanz der Prüfmaßnahme</b> .....	<b>253</b>
<b>11.2. Rechtsschutzmöglichkeiten</b> .....	<b>254</b>
<b>11.3. Widerspruch</b> .....	<b>255</b>
11.3.1. Grundlagen .....	255
11.3.2. Widerspruchsfrist .....	256
11.3.3. Aufschiebende Wirkung des Widerspruchs .....	257
11.3.4. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss .....	258
11.3.5. Verschlechterungsmöglichkeit zu Lasten des Arztes.....	259

<b>11.4. Klage vor dem Sozialgericht.....</b>	<b>261</b>
11.4.1. Grundlagen .....	261
11.4.2. Klagefrist und Rechtsbehelfsbelehrung .....	261
11.4.3. Keine aufschiebende Wirkung der Klage .....	262
11.4.4. Klagebefugnis und Rechtsschutzbedürfnis .....	263
11.4.4.1. Klagebefugnis des Arztes .....	263
11.4.4.2. Klagebefugnis der KV und Krankenkassen .....	264
11.4.5. Form, Klageantrag und Klagegegner.....	265
11.4.6. Besetzung des Gerichts.....	266
11.4.7. Gegenstand der gerichtlichen Überprüfung .....	268
11.4.7.1. Überprüfung des Abwägungsvorgangs.....	268
11.4.7.2. Bindung an die rechtmäßige Ermessensentscheidung .....	269
11.4.8. Anhörungsrüge bei Verletzung des rechtlichen Gehörs.....	270
11.4.9. Einstweiliger Rechtsschutz .....	270
<b>11.5. Berufung, Revision und Sprungrevision .....</b>	<b>273</b>
11.5.1. Berufung vor dem Landessozialgericht .....	273
11.5.2. Revision vor dem Bundessozialgericht.....	275
11.5.2.1. Grundlagen .....	275
11.5.2.2. Statthaftigkeit der Revision .....	275
11.5.2.3. Anforderungen an die Nichtzulassungsbeschwerde .....	276
11.5.2.4. Notwendige Prozessvertretung .....	277
11.5.2.5. Revisionsbegründung und Rechtskraft.....	278
11.5.3. Sprungrevision zum Bundessozialgericht.....	279
<b>11.6. Kosten des Verfahrens.....</b>	<b>280</b>
11.6.1. Verfahrenskosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	280
11.6.2. Anwaltskosten im Widerspruchsverfahren .....	280
11.6.3. Verfahrens- und Anwaltskosten im Gerichtsverfahren.....	281
11.6.4. Kostenerstattung durch die Rechtsschutzversicherung.....	283
<b>12 Disziplinar- und strafrechtliche Konsequenzen.....</b>	<b>285</b>
<b>12.1. Disziplinarbefugnisse der Kassenärztlichen Vereinigung.....</b>	<b>285</b>
12.1.1. Disziplinarverfahren wegen Unwirtschaftlichkeit.....	286
12.1.2. Antrag und Verfahren.....	286
<b>12.2. Entziehung der KV-Zulassung .....</b>	<b>288</b>
12.2.1. Störung des Vertrauensverhältnisses .....	288
12.2.2. Verhältnismäßigkeit der Maßnahme.....	289
<b>12.3. Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten .....</b>	<b>292</b>

<b>13</b>	<b>Maßgebliche Gesetzestexte.....</b>	<b>293</b>
<b>14</b>	<b>Rechtsprechungsverzeichnis .....</b>	<b>307</b>
14.1.	Urteile des Bundesverfassungsgerichts.....	308
14.2.	Urteile des Bundessozialgerichts .....	310
14.3.	Urteile der Landessozialgerichte .....	320
14.4.	Urteile der Sozialgerichte .....	322
14.5.	Urteile der Zivil- und Verwaltungsgerichte .....	323
<b>15</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>325</b>
<b>16</b>	<b>Stichwortverzeichnis .....</b>	<b>331</b>



## Abkürzungsverzeichnis

a.A.	anderer Ansicht
a.a.O.	am angegebenen Ort
a.F.	alte Fassung
abl.	ablehnend
Abs.	Absatz
AMR	Arzneimittelrichtlinien
Anm.	Anmerkung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ARB 75	Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung
Art.	Artikel
Arzt/Ärzte	Ärztin, Zahnärztin, Arzt und Zahnarzt (jeweils auch im Plural) <sup>1</sup>
Ärzte-ZV	Ärzte-Zulassungsverordnung
ArztR	ArztRecht (Zeitschrift)
AU	Arbeitsunfähigkeit
Aufl.	Auflage
AusR	Arzt und sein Recht (Zeitschrift)
AVWG	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz
Az.	Aktenzeichen
Bad.-Württ.	Baden-Württemberg
BÄK	Bundesärztekammer
BÄO	Bundesärzteordnung
Bd.	Band
BEMA	Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen
Beschl.	Beschluss
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BGHZ	Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen
BKK	Betriebskrankenkasse
BMÄ	Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen
BMJ	Bundesjustizministerium
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
BMV-ÄE	Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen
BSG	Bundessozialgericht
BSGE	Entscheidungssammlung des Bundessozialgerichts
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Entscheidungssammlung Bundesverfassungsgericht
bzw.	beziehungsweise
d.	des/der

---

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit hat sich die Autorin entschieden, auf die traditionell maskuline Bezeichnung „Arzt“, bzw. „Ärzte“ zurückzugreifen. Hierfür werden die Leserinnen um Verständnis gebeten.

d.h.	das heißt
ders.	derselbe
dies.	dieselbe
DVBl	Deutsches Verwaltungsblatt (Zeitschrift)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EBM-Ä	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen
einschl.	einschließlich
Entsch.	Entscheidung
evtl.	eventuell
ff.	fortfolgende
Fn.	Fußnote
gem.	gemäß
GesR	GesundheitsRecht (Zeitschrift)
GG	Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland
ggf.	gegebenenfalls
GKG	Gerichtskostengesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
h.M.	herrschende Meinung
Hk-SGG	Handkommentar Sozialgerichtsgesetz ( <i>Binder/Bolay</i> u.a., vgl. Lit.-Verz.)
HMR	Heilmittelrichtlinien
Hrsg.	Herausgeber
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
i.d.F.	in der Fassung
i.d.R.	in der Regel
i.S.d.	im Sinne des
i.V.m.	in Verbindung mit
IKK	Innungskrankenkasse
Kap.	Kapitel
KassKomm	Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht (vgl. Lit.-Verz.)
KH	Krankenhaus
KK	Krankenkasse
krit.	kritisch
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
Lit.-Verz.	Literaturverzeichnis
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
LPK SGB V	Lehr- und Praxiskommentar zum SGB V ( <i>Kruse/Hänlein</i> , vgl. Lit.-Verz.)
LSG	Landessozialgericht
m.w.Anm.	mit weiteren Anmerkungen
m.w.N.	mit weiteren Nachweisen
MedR	Medizinrecht (Zeitschrift)
MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg
M-WBO	Musterweiterbildungsordnung
n.F.	neue Fassung
Nds.	Niedersachsen
NJW	Neue Juristische Wochenschrift (Zeitschrift)

Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
NSB	Niedersachsen-Bremen
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
o.ä.	oder ähnliches
OLG	Oberlandesgericht
OVG	Oberverwaltungsgericht
oM	offensichtliches Missverhältnis
PV	Prüfvereinbarung
Rhl.-Pf.	Rheinland-Pfalz
RID	Rechtsprechungsinformationsdienst der Deutschen Gesellschaft für Kassenartzrecht
Ril-ZP	Richtlinien zur Zufälligkeitsprüfung
Rn.	Randnummer
Rspr.	Rechtsprechung
RVG	Rechtsanwaltsvergütungsgesetz
RVO	Reichsversicherungsordnung
s	Streuung / Sigma
S.	Seite
s.	siehe
s.o.	siehe oben
Schl.-Holst.	Schleswig-Holstein
SG	Sozialgericht
SGB I	Sozialgesetzbuch 1. Buch (Allgemeiner Teil)
SGB V	Sozialgesetzbuch, 5. Buch (Gesetzliche Krankenversicherung)
SGB X	Sozialgesetzbuch 10. Buch (Verwaltungsverfahren)
SGb	Sozialgerichtsbarkeit (Zeitschrift)
SGG	Sozialgerichtsgesetz
SozR	Sozialrecht (Entscheidungssammlung, bearbeitet von Richtern des Bundessozialgerichts)
st. Rspr.	ständige Rechtsprechung
StGB	Strafgesetzbuch
str.	streitig
sys.	systematisch
u.	und
u.a.	und andere / unter anderem
u.U.	unter Umständen
Urt.	Urteil
usw.	und so weiter
Verf.	Verfasserin
VG	Verwaltungsgericht
vgl.	vergleiche
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
VwGO	Verwaltungsgerichtsordnung
WBO	Weiterbildungsordnung
WiPrüfVO	Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung
WKR	Die Wirtschaftlichkeit der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Versorgung in der Rechtsprechung ( <i>Raddatz</i> , vgl. Lit.-Verz.)

www.	world wide web
z.B.	zum Beispiel
zit.	zitiert
z.T.	zum Teil
ZfS	Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung
ZMGR	Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht
ZPO	Zivilprozessordnung

# 1 Sinn und Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung

## 1.1. Einleitung

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist seit Jahrzehnten<sup>2</sup> sowohl für Ärzte als auch für Zahnärzte<sup>3</sup> ein **Reizthema**: Denn die Vertragsärzte<sup>4</sup> werden daraufhin überprüft, ob ihre medizinischen Behandlungen tatsächlich notwendig und somit wirtschaftlich waren. Diese Überprüfung erfolgt zeitlich erst nach der Behandlung, oftmals sogar erst Jahre später. Das Ergebnis ist häufig eine empfindliche, gelegentlich sogar existenzgefährdende Honorarkürzung bzw. ein Regress, weil die ärztliche Behandlungs- oder Ordnungsweise im Nachhinein von den zuständigen Prüfungsgremien als „unwirtschaftlich“ angesehen wird.

Die **Ärzte** können sich der Wirtschaftlichkeitsprüfung allerdings **nicht entziehen**: Denn sie haben sich mit ihrer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zugleich verpflichtet, ihren Patienten auf Kosten der Krankenkassen nicht etwa die beste und teuerste, sondern lediglich eine notwendige und damit wirtschaftliche medizinische Versorgung zu gewähren. Auf eine **optimale Versorgung** besteht **kein Anspruch**.<sup>5</sup> Dieses so genannte **Wirtschaftlichkeitsgebot**<sup>6</sup> muss von allen am System Beteiligten akzeptiert und realisiert werden: Sowohl von den Patienten (deren Anspruchsdenken allerdings von den Krankenkassen noch unterstützt wird), als auch von den Vertragsärzten, die im Gegensatz dazu (meist auf Veranlassung der Krankenkassen) mit erheblichen Sanktionen zu rechnen haben.

Ärzte können sich der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht entziehen.

Die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes wird durch das Verfahren der **Wirtschaftlichkeitsprüfung** kontrolliert. Sinn und Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung erschließen sich durch ein Grundverständnis des Systems der **gesetzlichen Krankenversicherung** und des Vertragsarztrechts, welches daher nachfolgend in groben Zügen skizziert wird.

<sup>2</sup> Die erste Entscheidung des BSG datiert aus dem Jahr 1959 und betraf die Wirtschaftlichkeitsprüfung eines Zahnarztes aus dem Ersatzkassenbereich in den Jahren 1951 bis 1953. In diesem Urteil legte das BSG bereits maßgebliche Grundsätze zur Wirtschaftlichkeitsprüfung fest, die bis heute weitgehend Gültigkeit beanspruchen können, vgl. BSG, Urt. v. 27.11.1959 – 6 RKa 4/58 –.

<sup>3</sup> Vgl. hierzu ausführlich *Bahner*, Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Zahnärzten.

<sup>4</sup> Ärzte, die zur Behandlung der gesetzlich krankenversicherten Patienten ausdrücklich zugelassen sind (früher auch „Kassenärzte“), vgl. hierzu Kap. 1.3.1, S. 7 ff. Die privaten Krankenversicherungen haben kein vergleichbares System, weshalb die privatärztliche Behandlung nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegt.

<sup>5</sup> BSG, Urt. v. 16.06.1999 – B 1 KR 4/98 –; vgl. auch *Fastabend*, NZS 2002, S. 299 ff.

<sup>6</sup> Vgl. hierzu eingehend Kap. 2, S. 23 ff.

## 1.2. Medizinische Behandlung in der GKV

### 1.2.1. Krankenversicherung als soziale Absicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gehört zu den klassischen Zweigen der **Sozialversicherung**.<sup>7</sup> Diese dient insgesamt der sozialen Sicherung und dem sozialen Ausgleich, namentlich dem **Schutz** der sozialen Existenz vor den **Wechselfällen des Lebens**.<sup>8</sup> Auch der **Schutz** des Einzelnen im Falle der **Krankheit** ist in der sozialstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes eine **Grundaufgabe des Staates**. Ihr ist der Gesetzgeber nachgekommen, indem er durch Einführung der **gesetzlichen Krankenversicherung** für den Krankenschutz eines Großteils der Bevölkerung Sorge getragen und die Art und Weise der Durchführung dieses Schutzes geregelt hat.<sup>9</sup>

Der Krankenschutz ist eine Grundaufgabe des Staates.

Der Gesetzgeber hat die gesetzliche Krankenversicherung als **Solidargemeinschaft** ausgestaltet.<sup>10</sup> Das **Solidaritätsprinzip** verpflichtet die in der Solidargemeinschaft zusammengeschlossenen wirtschaftlich Leistungsfähigen, für die wirtschaftlich Schwächeren (mit) einzustehen. **Träger** der gesetzlichen Krankenversicherung sind die **gesetzlichen Krankenkassen** als rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.<sup>11</sup> Diese unterhalten derzeit 270 selbstständige gesetzliche Krankenkassen.<sup>12</sup>

<sup>7</sup> Vgl. zu Begriff, Umfang und zur Entwicklung der Sozialversicherung auch BVerfG, Urt. v. 10.05.1960 – 1 BvR 190 u.a. –.

<sup>8</sup> BVerfG, Beschl. v. 31.10.1984 – 1 BvR 35, 356, 794/82 –; BVerfG, Beschl. v. 27.05.1970 – 1 BvL 22/63 und 27/64 –. Sie hat ihren Ursprung in der von Bismarck initiierten „Kaiserlichen Botschaft“ vom 17.11.1881 und führte sodann zum „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ vom 15.06.1883; vgl. zur Geschichte der GKV die Nachweise in Fn. 37.

<sup>9</sup> BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98 –.

<sup>10</sup> § 1 S. 1 SGB V i.V.m. § 3 SGB V; vgl. zum Solidaritätsprinzip ausführlich *Quaas/Zuck*, S. 47, Rn. 78 ff. m.w.N.; vgl. auch *Schnapp*, ZMGR 2005, S. 6 ff.

<sup>11</sup> Es existieren sieben unterschiedliche Kassenarten: Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK), Betriebskrankenkasse (BKK), Innungskrankenkasse (IKK), die Seekrankenkasse, Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), die Bundesknappschaft und die Ersatzkassen, § 4 Abs. 2 SGB V. Vgl. zur Organisation und zu den Aufgaben der Krankenkassen *Quaas/Zuck*, S. 114 ff.

<sup>12</sup> Davon 17 Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), 12 Ersatzkassen (EK), 17 Innungskrankenkassen (IKK), 10 Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK), 5 Arbeiterersatzkassen (AEK), 7 Angestelltenersatz-Krankenkassen, 1 Seekrankenkasse, die Bundesknappschaftskasse sowie 200 Betriebskrankenkassen (BKK). Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen, insbesondere der Betriebskrankenkassen, soll nach dem Willen der Gesundheitspolitik allerdings weiter reduziert werden. Im Vergleich dazu gab es zu Beginn der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 in Deutschland rund

### 1.2.2. Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung

Seit Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte sich die gesetzliche Krankenversicherung von einer Arbeiterversicherung für nur wenige tausend Beschäftigte<sup>13</sup> zu einer echten Volksversicherung, die heute mehr als 90 % der Bevölkerung in Deutschland umfasst.<sup>14</sup> Dabei erfasst die gesetzliche Krankenversicherung nach der gesetzlichen Typisierung vorwiegend die Personengruppen, die wegen ihrer niedrigen Einkünfte eines Schutzes für den Fall der Krankheit bedürfen, der durch **Zwang zur Eigenvorsorge** erreicht werden soll.<sup>15</sup>

Mehr als 90 % der Patienten sind gesetzlich krankenversichert.

Insbesondere **Arbeiter** und **Angestellte**<sup>16</sup> sind kraft Gesetzes **verpflichtet**, bei einer dieser gesetzlichen Krankenkassen versichert zu sein – sie haben keine andere Wahl, wenn nicht die engen Voraussetzungen für eine Befreiung von der Versicherungspflicht vorliegen.<sup>17</sup> Der Gesetzgeber geht hierbei davon aus, dass diesen Versicherten regelmäßig keine erheblichen finanziellen Mittel für eine zusätzliche selbstständige Vorsorge im Krankheitsfall und insbesondere für die Beschaffung von notwendigen Leistungen der Krankenbehandlung außerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen.<sup>18</sup>

Die meisten Bürger sind verpflichtet,  
in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert zu sein.

---

35.000 (!) einzelne Krankenkassen. Im Jahre 1999 gab es noch 900 selbstständige Krankenkassen, vgl. *KBV: Die vertragsärztliche Versorgung im Überblick*, S. 88.

<sup>13</sup> Angestellte waren damals nur bis zu einem Jahresarbeitsverdienst von 2.000,- Reichsmark jährlich versichert.

<sup>14</sup> Welche unterschiedlichen Gesichter die Krankenversicherung gehabt hat, zeigt sich allein in ihrer Namensgebung: Zunächst wurde sie als „Arbeiterversicherung“, später als „Reichsversicherung“, dann als „soziale Krankenversicherung“ und heute als „gesetzliche Krankenversicherung“ bezeichnet. Vgl. zum Charakter und zur Bedeutung der entsprechenden Bezeichnungen weiter *Herles/Quasdorf*, S. 10; vgl. zur Entwicklung der GKV ausführlich *Quaas/Zuck*, S. 88 ff.

<sup>15</sup> BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98 –.

<sup>16</sup> Aber auch beispielsweise Landwirte, Künstler, Studenten, Auszubildende, Arbeitslose sowie behinderte Menschen nach näherer Maßgabe des § 5 SGB V.

<sup>17</sup> Etwa bei Überschreitung der Bemessungsgrenze von 47.250,- € Jahreseinkommen (= 3.937,50 € monatlich) für angestellte Arbeitnehmer (Stand 2006), vgl. §§ 5-8 SGB V. Auch Freiberufler, Unternehmer und weitere Selbstständige sind keine Zwangsmglieder in der GKV.

<sup>18</sup> BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98 –.

### 1.2.3. Beitragspflicht und Versicherungsleistungen

Die Leistungen und Ausgaben der Krankenkassen werden durch **Beiträge** finanziert, die von den **Mitgliedern** und den **Arbeitgebern je zur Hälfte** getragen werden.<sup>19</sup> Die Höhe der Beiträge richtet sich in der Regel nach dem beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder und beträgt einen bestimmten Prozentsatz des Gehaltes bzw. des Lohnes. **Maßgeblich** für die Höhe des individuellen Beitrages in die gesetzliche Krankenversicherung ist damit ausschließlich die Höhe des monatlichen **Einkommens**.<sup>20</sup>

Die Leistungen sind trotz unterschiedlicher Beitragshöhe stets gleich.

Im Gegenzug dazu haben die gesetzlich Versicherten (alle denselben) **Anspruch auf medizinische Leistungen** zur Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung, zur Früherkennung und zur Behandlung von Krankheiten.<sup>21</sup> Der Anspruch auf medizinische Behandlung umfasst nach dem Gesetzeswortlaut sowohl die **ärztliche Behandlung** als auch die zahnärztliche Behandlung.<sup>22</sup> Behandlungsmethoden der besonderen Therapierichtungen sind hierbei ausdrücklich nicht ausgeschlossen.<sup>23</sup>

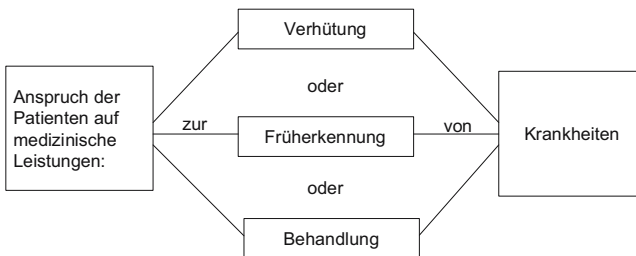


Abbildung 1

<sup>19</sup> § 3 S. 1 SGB V; vgl. hierzu auch *Hänlein*, in LPK-SGB V, § 3.

<sup>20</sup> Dies gilt auch bei freiwilliger Versicherung (§ 240 SGB V). Die Beitragsätze variieren zwischen den Krankenkassen. Für versicherte Familienangehörige werden Beiträge bislang nicht erhoben, vgl. § 3 S. 2 u. 3 SGB V.

<sup>21</sup> § 11 SGB V. Vgl. zu den Leistungsansprüchen der Patienten ausführlich *Fastabend/Schneider*, S. 69 ff.

<sup>22</sup> Vgl. hierzu auch *Ziegner*, VSSR 2003, S. 191 ff. und *Fastabend/Schneider*, S. 111 ff. Vgl. zu den wirtschaftlichen Rahmendaten der ärztlichen Versorgung die Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) (Grunddaten).

<sup>23</sup> § 2 Abs. 1 S. 2 SGB V; vgl. hierzu auch *Zuck*, NJW 1991, S. 2933 ff. sowie Kap. 2.2.1, S. 24 ff.



#### **1.2.4. Umfang der vertragsärztlichen Versorgung**

Die vertragsärztliche Versorgung umfasst:<sup>24</sup>

- die ärztliche Behandlung,
- die ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- die ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
- die ärztlichen Maßnahmen zur Empfängnisregelung, Sterilisation und zum Schwangerschaftsabbruch, soweit die Leistungspflicht nicht durch gesetzliche Regelungen ausgeschlossen ist,
- die ärztlichen Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit sowie die medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft,
- die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, von Krankentransporten, von Krankenhausbehandlung, von Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
- die Veranlassung von ambulanten Operationen, auch soweit sie im Krankenhaus durchgeführt werden sollen,
- die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
- die ärztliche Verordnung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
- die Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, welche die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,
- die Verordnung von häuslicher Krankenpflege,
- die Verordnung von medizinischen Leistungen der Rehabilitation, Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
- die vom Arzt angeordneten und unter seiner Verantwortung erbrachten Hilfeleistungen anderer Personen,
- die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit durch psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Vertragsärzte im Rahmen des SGB V und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen,
- die Verordnung von Soziotherapie.

---

<sup>24</sup> Vgl. § 2 BMV-Ä; §§ 20 bis 43 a SGB V. Vgl. zu den weiteren Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung § 2 Abs. 2 bis 9 BMV-Ä.

### 1.2.5. Leistungsbegrenzung und Leistungsausschluss

Der Leistungsanspruch der Patienten gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse auf Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit umfasst ärztliche Behandlungen sowie Arznei- und Heilmittel allerdings nur, soweit diese Leistungen nicht von vornherein **aus dem Leistungskatalog** der gesetzlichen Krankenversicherung **ausgeschlossen** sind.<sup>25</sup>

So dürfen beispielsweise **bestimmte Behandlungs- und Untersuchungsmethoden** überhaupt nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden, soweit diese in einer so genannten „**Negativliste**“ explizit genannt sind.<sup>26</sup> Auch neue **Behandlungs- und Untersuchungsmethoden** sind von der Leistungspflicht ausgenommen, sofern diese nicht explizit anerkannt worden sind.<sup>27</sup> Ferner bestehen erhebliche Leistungsbeschränkungen bei den Arznei- und Heilmittelverordnungen.<sup>28</sup> Diese Leistungen unterliegen der **Eigenverantwortung** der Versicherten.<sup>29</sup> Eine Behandlung kann somit nur privatärztlich, eine Verordnung nur auf **Privatrezept** erfolgen.<sup>30</sup>

Die Patienten müssen Leistungsbegrenzungen  
und Leistungsausschlüsse hinnehmen.

Zum Bereich der Eigenverantwortung sind auch die **Zuzahlungs- und Festbetragsregelungen** zu rechnen. **Festbeträge** wurden vereinbart für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel.<sup>31</sup> Die Festbeträge sind dabei so festzusetzen, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten.<sup>32</sup> Die Krankenkassen erfüllen ihre Leistungspflicht in diesen Fällen durch die Leistung des jeweiligen Festbetrages.<sup>33</sup>

<sup>25</sup> § 2 Abs. 1 S. 1 i.V.m. § 12 SGB V.

<sup>26</sup> Vgl. „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“: In deren Anlage II sind aktuell 43 Methoden genannt, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen.

<sup>27</sup> Vgl. hierzu Kap. 2.3.2, S. 33 ff.

<sup>28</sup> § 34 SGB V; vgl. zu den Ausschlüssen in der Arznei- und Heilmittelversorgung Kap. 3.1.4, S. 42 ff. und Kap. 3.2.5, S. 56 ff.

<sup>29</sup> § 2 Abs. 1 S. 1 SGB V; vgl. hierzu auch *Kruse*, in LPK-SGB V, § 2 und *Schnapp*, ZMGR 2005, S. 6 ff.

<sup>30</sup> Vgl. hierzu auch Kap. 3.1.5.5, S. 50 ff.

<sup>31</sup> Vgl. weiter zu den Festbeträgen bei Arzneimitteln *Wigge/Wille*, in *Schnapp/Wigge*, S. 557 ff.

<sup>32</sup> § 35 Abs. 5 SGB V.

<sup>33</sup> § 12 Abs. 2 SGB V. Diese Bestimmung beschränkt die Leistungspflicht der Krankenkassen auf den Festbetrag für diejenigen Fälle, in denen nach §§ 35 und 36 für Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel Festbeträge festgesetzt worden sind (vgl. hierzu auch §§ 28, 29 SGB V). Dasselbe gilt für den Zahnersatz gem. § 55 SGB V, vgl. hierzu weiter *Bahner*, Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Zahnärzten, S. 5.

### 1.3. Das Sachleistungsprinzip in der GKV

#### 1.3.1. Medizinische Versorgung durch Leistungserbringer

Die Krankenkassen stellen die **medizinischen Leistungen** typischerweise nicht selbst zur Verfügung – etwa durch ihre eigenen Kliniken und dort angestellte Ärzte. Vielmehr übertragen sie die Verpflichtung, für ihre Versicherten medizinische Leistungen zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten zu erbringen, auf so genannte **Leistungserbringer**. Leistungserbringer sind **Ärzte**, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Apotheken und „sonstige“ Leistungserbringer.<sup>34</sup>

Ärzte bedürfen zur Behandlung der gesetzlich versicherten Patienten einer besonderen vertragsärztlichen Zulassung.

Ärzte sind allerdings nicht bereits mit ihrer Approbation berechtigt, am System der gesetzlichen Krankenversicherung zu partizipieren und gesetzlich versicherte Patienten zu behandeln. Sie bedürfen vielmehr einer **besonderen** vertragsärztlichen **Zulassung** durch so genannte Zulassungsausschüsse.<sup>35</sup> Sie werden dann als „Vertragsarzt“ (früher Kassenarzt)<sup>36</sup> bzw. als „**Leistungserbringer**“ bezeichnet.<sup>37</sup>

<sup>34</sup> § 69 Abs. 1 SGB V. Vgl. zur rechtlichen Stellung des Vertragsarztes als Leistungserbringer *Wigge*, in Schnapp/Wigge, S. 35 ff. Vgl. zur verfassungsrechtlichen Kritik *Hufen*, NJW 2004, S. 14 ff.

<sup>35</sup> Entweder im Wege der Zulassung, sofern sämtliche persönlichen und fachlichen Voraussetzungen erfüllt sind, oder durch Nachbesetzung, falls ein Planungsbereich wegen Überversorgung für Neuzulassungen gesperrt ist. Die Voraussetzungen für eine vertragsärztliche Zulassung sind geregelt in §§ 95 ff. SGB V i.V.m. der Ärzte-ZV und der Bedarfsplanungsrichtlinie.

<sup>36</sup> Der Begriff des Kassenarztes wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 durch den Begriff „Vertragsarzt“ ersetzt. Dieser Begriff sollte verdeutlichen, dass die frühere Unterscheidung in Kassenärzte (für alle Versicherten der Primär- oder so genannten RVO-Kassen) und in Vertragsärzte (für die Versicherten der Ersatzkassen) entfallen ist. Damals war die Wirtschaftlichkeit der Behandlung der Ersatzkassenpatienten von Prüfungs- und Beschwerdekommmissionen überprüft worden, die bis zum Gesundheitsreformgesetz (GRG 1988) lediglich mit Ärztevertretern besetzt waren. Das besondere Prüfwesen im Ersatzkassenbereich wurde im Jahr 1992 abgeschafft. Seither wird die Wirtschaftlichkeit für alle Kassenpatienten aller Krankenkassen durch gemeinsame Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse auf Basis gemeinsamer Prüfvereinbarungen festgestellt.

<sup>37</sup> § 72 Abs. 1 SGB V. Die hiermit verbundenen Rechte und Pflichten werden als Vertragsarztrecht (bzw. früher als Kassenarztrecht) bezeichnet. Vgl. zur geschichtlichen Entwicklung des Kassenarztrechts ausführlich *Schnapp*, in Schnapp/Wigge, S. 1 ff.; *Krauskopf*, in Laufs/Uhlenbruck, S. 212 ff.; *Quaas/Zuck*, S. 88 ff.

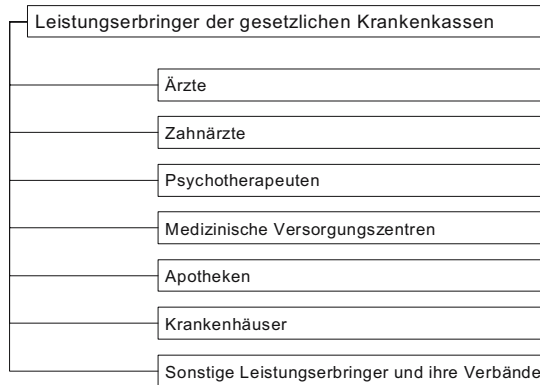


Abbildung 2

### 1.3.2. Sicherstellungsauftrag und gemeinsame Selbstverwaltung

Die Vertragsärzte sind als Pflichtmitglieder organisiert in der **Kassenärztlichen Vereinigung (KV)**.<sup>38</sup> Die KV ist gegenüber den Krankenkassen verpflichtet, die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen und den hiermit verbundenen **Sicherstellungsauftrag** zu erfüllen.<sup>39</sup> Sie erhält hierfür von den Krankenkassen eine so genannte „Gesamtvergütung“, von welcher die vertragsärztlichen Leistungen bezahlt werden.<sup>40</sup> Die Ärzte rechnen ihre Behandlungen direkt und ausschließlich gegenüber ihrer jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ab, nicht etwa gegenüber den Krankenkassen oder den Patienten.

Die **Leistungserbringer** und **Krankenkassen wirken** zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung somit durch **gemeinsame Selbstverwaltung zusammen**.<sup>41</sup> Diese Zusammenarbeit realisiert sich ferner in der paritätischen Besetzung sowohl der Zulassungsgremien als auch der **Prüfgremien** im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung.<sup>42</sup> Die **nachfolgende Abbildung** veranschaulicht das **komplexe System** der vertragsärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung:

<sup>38</sup> Es gibt nach den Änderungen durch das GMG in jedem Bundesland eine KV, in Nordrhein-Westfalen 2 KVen, insgesamt 17 KVen (früher 23). Vgl. zur Organisation und zu den Aufgaben der KV eingehend *Krauskopf*, in Laufs/Uhlenbruck, S. 233 ff.; *Quaas/Zuck*, S. 362 ff.

<sup>39</sup> § 75 SGB V; vgl. hierzu ausführlich *Schiller*, in Schnapp/Wigge, S. 105 ff. und *Quaas/Zuck*, S. 362 ff.; vgl. zur damit verbundenen Normsetzungsbefugnis auch *Engelmann*, NZS 2000, S. 1 ff.

<sup>40</sup> § 85 SGB V.

<sup>41</sup> § 72 Abs. 1 SGB V.

<sup>42</sup> Vgl. zu den Prüfgremien Kap. 4.2, S. 76 ff.

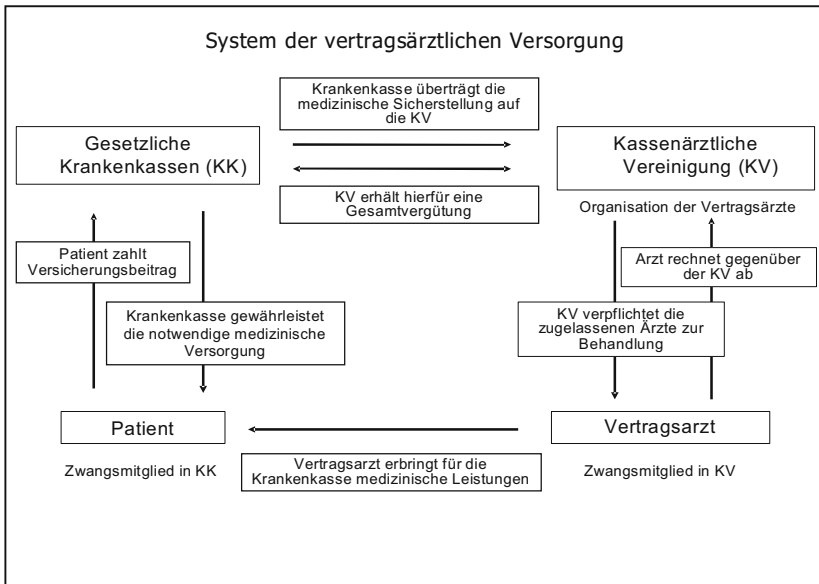


Abbildung 3

### 1.3.3. Anspruch der Patienten auf Sach- und Dienstleistungen

Die Patienten haben gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenkasse einen Anspruch darauf, die medizinischen Leistungen als so genannte **Sach- oder Dienstleistungen** zu erhalten.<sup>43</sup> Denn das **deutsche System** der gesetzlichen Krankenversicherung ist vom **Sachleistungsprinzip** geprägt.<sup>44</sup> Dies bedeutet, dass die Krankenkassen ihren versicherten Mitgliedern die medizinischen Leistungen und die ärztlichen Dienstleistungen unmittelbar „**in Natur**“ zur Verfügung stellen müssen.

Die Patienten sind also **nicht verpflichtet**, die medizinischen Leistungen und Güter auf dem Markt selbst zu beschaffen und **vorzufinanzieren**. Auch die Vereinbarung über Leistungen und Preise (und damit der eigentliche Marktprozess) erfolgt zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern und nicht durch die Versicherten.<sup>45</sup> Die Pflicht zur Beschaffung dieser medizinischen Leistungen

<sup>43</sup> § 2 Abs. 2 S. 1 SGB V.

<sup>44</sup> Das Sachleistungsprinzip stellt ein grundsätzliches Strukturelement im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung dar, vgl. *Quaas/Zuck*, S. 145 ff. m.w.N.

<sup>45</sup> Vgl. *Kluth*, MedR 2005, S. 65. Die Versicherten wirken auf Markt und Wettbewerb nur dadurch ein, dass sie zwischen den verschiedenen zugelassenen Leistungserbringern frei wählen können.

obliegt vielmehr den Krankenkassen selbst. Darin besteht auch der wesentliche **Unterschied** zwischen dem **gesetzlichen** und dem **privaten Krankenversicherungssystem**.<sup>46</sup>

Die medizinische Versorgung erfolgt durch Sach- und Dienstleistungen.

Die Pflicht der Krankenkassen zur Leistungserbringung „in Natur“ und die Einbindung der Leistungserbringer in diese Aufgabe ist dabei nicht bloßer Selbstzweck. Sie hat vielmehr den **Schutz der Versicherten** vor mangelnder medizinischer Versorgung infolge der damit eintretenden **finanziellen Belastung** des Einzelnen zum Ziel; ferner dient das Sachleistungsprinzip der Sicherstellung einer wirtschaftlichen Versorgung, indem auch die – das System finanzierenden – Krankenkassen **Einfluss** auf die Ausgestaltung des Inhalts und der Vergütung der medizinischen Leistungen **nehmen**.<sup>47</sup>

### 1.3.4. Konkretisierung des Leistungsanspruchs durch die Ärzte

Das Bundessozialgericht bezeichnet den **Sachleistungsanspruch** der Versicherten als eine Art „**Rahmenrecht**“, welches von den Vertragsärzten **konkretisiert** wird.<sup>48</sup> Die Vertragsärzte bestimmen die im konkreten Behandlungsfall **notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen** und müssen ihre Entscheidung – jedenfalls im Verhältnis zum Versicherten – gegen sich gelten lassen.<sup>49</sup>

Vertragsärzte bewilligen und erbringen die medizinischen Leistungen im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen.

Die **Vertragsärzte** werden daher auch als „Beliehene“ bezeichnet, die ihren Patienten den **Anspruch auf Sachleistungen** durch persönliche Erbringung der ärztlichen Leistungen oder durch Ausstellen eines Kassenrezepts **bewilligen**.<sup>50</sup> Der Bundesgerichtshof bezeichnet die Vertragsärzte bei der **Verordnung von Arz-**

<sup>46</sup> Allerdings ist die zahnmedizinische Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zunehmend durch Elemente der privaten Krankenversicherung geprägt, insbesondere beim Zahnersatz und bei Behandlungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen.

<sup>47</sup> BSG, Urt. v. 14.03.2001 – B 6 KA 54/00 –; vgl. hierzu auch *Engelmann*, NZS 2000, S. 1 ff.; *Quaas/Zuck*, S. 145 ff. m.w.N. Vgl. zur Vergütung der ärztlichen Leistungen Kap. 1.5, S. 18 ff.

<sup>48</sup> Vgl. dazu weiter *Steege*, S. 517 ff. m.w.N.

<sup>49</sup> *Fastabend*, NZS 2002, S. 299 ff.

<sup>50</sup> BSG, Urt. v. 16.12.1993 – 4 RK 5/92 –; vgl. kritisch hierzu *Neumann*, in Schnapp/Wigge, S. 298, Rn. 14 ff. und *Weiß*, NZS 2005, S. 67 ff.