

Symposium  
der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.

„Die Funktion der Rechtsprechung im System  
der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung“

**Die Erwartungen an die Rechtsprechung  
– Aktueller Handlungsbedarf  
aus Sicht der Vertragsärzte**

**Thesen**

zum Vortrag von Dr. med. Andreas Köhler,  
Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

**I.**

1. Seit der Kodifikation des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch haben der 6. Senat des Bundessozialgerichts die Anwendungsprobleme des Vertragsarztrechts und der 1. und 3. Senat auch leistungsrechtliche Fragen in umfänglicher und die Rechtsdogmatik sowie die Rechtsfortbildung prägender Weise behandelt.

Die Rechtsprechung des 6. Senats hat für nahezu alle rechtlichen Funktionalitäten des Vertragsarztrechts im Laufe der letzten Jahre Leitentscheidungen entwickelt, welche das komplexe Koordinatensystem des Vertragsarztrechts in Entsprechung seiner Grundidee als eines Kooperationsrechts der Krankenkassen und der Vertragsärzte, später hinzukommend auch der Vertragspsychotherapeuten, in vielen Einzelfacetten entfaltet.

2. Die besonders hervorhebenswerte Leitlinie dieser Rechtsprechung – gleichsam das erkenntnisleitende Interesse eines rechtsdogmatischen Grundkonsenses – ist die weitestgehende Bewahrung eines geordneten Gestaltungsspielsraums der Selbstverwaltung – hier vor allem der gemeinsamen Selbstverwaltung<sup>1</sup>. Diese Grundhal-

---

<sup>1</sup> „Die Gestaltungsbefugnisse der in diesem Bereich zuständigen Institutionen dürfen dabei von außen nicht funktionswidrig verengt werden; denn nicht nur dem Gesetzgeber, sondern auch anderen Normgebern steht bei der ihnen überantworteten Rechtssetzung generell weitgehende Gestaltungsfreiheit zu,

tung hat die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts stets verfolgt und auch in der späteren – berühmt gewordenen – Entscheidung vom 9. Dezember 2004 (Az.: B 6 KA 44/03 R) zur verfassungsrechtlichen Zulässigkeit dieses Gestaltungsspielraums im System der Bestimmung von Honorarverteilungsmaßstäben und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs sowie der Vergütungsfindung ausführlich untermauert.

3. Das Bundesverfassungsgericht hat in mehreren Entscheidungen sich mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auseinandergesetzt. Es hat aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Lage des Vertragsarztes in einem regulierten System als notwendig vorgegeben und daraus aber auch Schutzrechte abgeleitet. Mit dem Grundsatz der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung als eines Teilerfordernisses der Erhaltung einer funktions- und leistungsfähigen gesetzlichen Krankenversicherung und seiner Kategorisierung als ein Berufsfreiheitsgrundrechte der Vertragsärzte relativierender Gemeinwohlbelang hat das Bundesverfassungsgericht gleichsam eine Metalegitimation für die Bewertung von Grundrechtseingriffen in ständiger Rechtsprechung mehrfach festgelegt. Wegen der Bindungswirkung dieser Entscheidungen hat sich das Bundessozialgericht in diesem abgesteckten Feld des regulierten Systems bewegt.
4. Im Spannungsfeld der juristischen Auseinandersetzungen zwischen Bundessozialgericht und Bundesverfassungsgericht zu erwähnen sind die verfassungsrechtlichen Begründungen der defensiven Konkurrentenklage aus der Betrachtung der Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung als eines regulierten Marktes, ferner die Definition des Leistungsrechts der GKV als eines Rahmenrechts, das der untergesetzlichen Konkretisierung durch die Normgeber des Vertragsarztrechts, insbesondere durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zugänglich ist, und im Einzelfall durch die Entscheidung des Vertragsarztes oder Vertragspsychotherapeuten bestimmt wird.
5. Zugleich hat der „Nikolaus-Beschluss“ vom 6. Dezember 2005 [BVerfGE, S. 115, 25 ff.], mit welchem das Bundesverfassungsgericht in bestimmten außerordentlichen Fällen ein aus der Verfassung abgeleitetes Patientenschutzrecht zur Gewährung auch noch nicht evaluierter medizinischer Leistungen entwickelt hat, eine wichtige Facette für die nunmehr auch wieder aufgeflammete Diskussion um Rationierung und

Priorisierung der Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung und der damit verbundenen Auswirkungen auf den Versorgungsstandard der Ärzte und Psychotherapeuten aufgezeigt.

6. Während also aus dem Grundgesetz ein Patientenschutzrecht zumindest in beschränkten Fällen auf Gesundheitsleistungen abgeleitet wird, unterliegen nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts die Leistungserbringer in erhöhtem Maße den Einwirkungen sozialstaatlicher Gesetzgebung, weil sie von der Teilhabe am Leistungssystem profitieren. Bemerkenswerterweise steht dies in einem gewissen Widerspruch zu dem für das Berufsrecht der Ärzte von der Rechtsprechung liberal am Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit orientierten negativen Bewertung von Einschränkungen.

## II.

1. Es ist an der Zeit, die Frage zu stellen, ob der Gesetzgeber angesichts der Gesetzgebung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes und hier insbesondere der vergütungsrechtlichen Regelungen noch eine Selbstverwaltung will, wie sie das Bundessozialgericht in den erwähnten Entscheidungen charakterisiert hat. Der Gesetzgeber definiert nunmehr gesetzliche Einzelziele und antizipiert die Verhandlungsergebnisse durch Gesetzesregelungen als Wegmarken. Beseitigt wird die autonome Normsetzung in selbstdefinierten Bereichen. Die formale Beibehaltung beispielsweise des Vertrages als Normsetzungsinstrument bei gesetzlich vorgegebenen Inhalten kann über die Veränderung nicht hinwegtäuschen. Die allgemeine Rechtsaufsicht wandelt sich bei entsprechender Normendichte materiell zur Fachaufsicht.
2. In mehreren Gesetzen schuf der Gesetzgeber so genannte neue Versorgungsformen. Zuletzt durch das GKV-WSG wurden die Versorgungsfunktionen der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V) und einer modifizierten integrierten Versorgung (§ 140a ff. SGB V) eingeführt. War eine potentielle Vertragspartnerschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der integrierten Versorgung schon in der früheren Gesetzgebung ausgeschlossen worden, folgte ein entsprechender Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen als potentieller Vertragspartner der hausarztzentrierten Versorgung durch eine Neufassung des § 73b Abs. 4 SGB V mit der Pflichtvertrags-

partnerschaft von Verbänden, in denen mehr als die Hälfte der Allgemeinmediziner im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung organisiert ist.

3. Die obligatorische Parallelität der kollektivvertraglichen und selektivvertraglichen Regelungen, insbesondere in § 73b SGB V gefährdet die Versorgungssicherheit. Mit dem faktischen Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen aus der hausarztzentrierten Versorgung und damit auch partiell aus der hausärztlichen Versorgung überhaupt wird deren Funktion für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung nachhaltig gestört.
4. In der Auseinandersetzung um die Notwendigkeit und Sinnfälligkeit von Selektivverträgen werden – unbeschadet politischer Motive – die Abgrenzungsprobleme und die neuen Transaktionsprobleme der Parallelität der Versorgungsstrukturen häufig übersehen oder unterbewertet. Die rechtssystematische Kongruenz dieser Parallelität ist – wie sich an vielen Schnittstellen und Problemen zeigen lässt – derart misslungen, dass die Defizite ebenfalls verfassungsrechtliche Bedeutung für die Solidität einer sachgerechten Normenanwendung erhalten.
5. Inzwischen stellt sich nämlich heraus, dass eine Reihe ungelöster Fragen und Defizite die Ausgestaltung des Systems der hausarztzentrierten Versorgung in der vorliegenden gesetzlichen Gestalt für die Versorgung der Versicherten ebenso wie für die Tätigkeit der Vertragsärzte, die daran teilnehmen, nachteilig werden lassen. Fragen, wie Leistungsumfang, Bindung an Vorgaben der Krankenkassen bei der Therapie, Vertretungsprobleme, Parallelinanspruchnahme der Versicherten sowohl im System der hausarztzentrierten Versorgung als auch in der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung, die mit dem Kollektivvertrag geregelt ist, sowie insbesondere das wachsende Problem der Bereinigung der Gesamtvergütungen, das ausschließlich den Kassenärztlichen Vereinigungen als Verwaltungslast aufgebürdet ist, zeigen die Verfehltheit des Ansatzes. Für das Bereinigungsproblem dürfte die Entscheidung des Bundessozialgerichts zum so genannten „Barmer Hausarztvertrag“ Bedeutung haben.

### III.

1. Bekanntlich sind angekündigt nunmehr auch Reformen. Dringlich erscheint uns eine Deregulierung des gesetzlich formulierten Vergütungsrechts. Es ist zu erwarten,

dass die bisherigen Regelungen einschließlich der Beschlüsse des Bewertungsausschusses und des Erweiterten Bewertungsausschusses sowie die Folgeregelungen auf Gesamtvertragsebene die Sozialgerichtsbarkeit ausgiebig beschäftigen werden.

2. Vielleicht sollten sich die künftigen Gesetzgeber doch noch einmal mit der Besonderheit des Systems der gemeinsamen Selbstverwaltung als einem System der Normsetzung im Verhandlungs- und Gegenmachtssystem befassen, bevor sie Veränderungen vornehmen, die eine Einschränkung darstellen. Im Gegenteil: Flexibilisierung und Öffnung ist gefordert, denn die Verleihung von Autonomie zur normativen Gestaltung der Versorgungs- und Tätigkeitsbedingungen der Vertragsärzte dient der Sicherheit der ambulanten medizinischen Versorgung von neun Zehntel der Bevölkerung.<sup>2</sup>

#### IV.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat sich mit Reformvorschlägen bereits an die Politik gewandt. Insbesondere:

- Die Wiederherstellung von mehr Selbstverwaltungsautonomie;
- Verbesserung der Steuerungsmöglichkeiten für die Niederlassung von Ärzten und die Versorgung in unterversorgten Gebieten;
- Öffnung des Vergütungsrechts zu mehr Spielraum für die Vertragspartner auf Bundes- und Landesebene und schließlich
- Deregulierung der Arzneimittelversorgung und Heilmittelversorgung in der Verordnungsweise der Vertragsärzte.

---

<sup>2</sup>

„Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass die ärztliche Versorgung umso besser und wirkungsvoller ist, je mehr die eigene Verantwortung aller Beteiligten, der Versicherten, der Krankenkassen und ihrer Verbände, der Ärzte und ihrer Vereinigungen geweckt wird. Staatliche Regelung und staatlicher Zwang können gerade auf diesem Gebiete niemals so fruchtbare Ergebnisse zeitigen wie die Selbstverantwortung der Beteiligten.“ [aus der Begründung zum Gesetz über Kassenarztrecht von 1955]