

Schriften zum Gesundheitsrecht

Band 47

Die Honorarverteilung im Vertragsarztrecht

Insbesondere zum Grundsatz
der Honorarverteilungsgerechtigkeit

Von

Monique Amoulong



Duncker & Humblot · Berlin

MONIQUE AMOULONG

Die Honorarverteilung im Vertragsarztrecht

Schriften zum Gesundheitsrecht

Band 47

Herausgegeben von Professor Dr. Helge Sodan,
Freie Universität Berlin,
Direktor des Deutschen Instituts für Gesundheitsrecht (DIGR)
Präsident des Verfassungsgerichtshofes des Landes Berlin a.D.

Die Honorarverteilung im Vertragsarztrecht

Insbesondere zum Grundsatz
der Honorarverteilungsgerechtigkeit

Von

Monique Amoulong



Duncker & Humblot · Berlin

Die Juristische Fakultät
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
hat diese Arbeit im Jahr 2016
als Dissertation angenommen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in
der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten
© 2017 Duncker & Humblot GmbH, Berlin
Fremddatenübernahme: Konrad Tritsch GmbH, Ochsenfurt
Druck: CPI buch.bücher.de, Birkach
Printed in Germany

ISSN 1614-1385
ISBN 978-3-428-15142-4 (Print)
ISBN 978-3-428-55142-2 (E-Book)
ISBN 978-3-428-85142-3 (Print & E-Book)

Gedruckt auf alterungsbeständigem (säurefreiem) Papier
entsprechend ISO 9706 ☼

Internet: <http://www.duncker-humblot.de>

Meiner Familie

Vorwort

Die vorliegende Arbeit ist der Juristischen Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg im Sommersemester 2016 als Dissertation vorgelegt worden. Sie befindet sich auf dem Stand von April 2016.

Mein herzlicher Dank gebührt meinem Doktorvater und verehrten Lehrer Herrn Prof. Dr. Peter Axer, der durch seine stetige Gesprächsbereitschaft und Motivation bedeutend zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat und der mich nicht nur während meiner lehrreichen Jahre als wissenschaftliche Mitarbeiterin an seinem Lehrstuhl, sondern auch danach wissenschaftlich und menschlich besonders gefördert hat. Gedankt sei auch Herrn Prof. Dr. Martin Borowski für die rasche Erstellung des Zweitgutachtens und Herrn Prof. Dr. Hanno Kube, der den Vorsitz der mündlichen Prüfung inne hatte. Herrn Prof. Dr. Helge Sodan danke ich für die Aufnahme in die Publikationsreihe „Schriften zum Gesundheitsrecht“.

Besonderen Dank schulde ich der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e. V., insbesondere ihrem Vorsitzenden Prof. Dr. Ulrich Wenner, für den großzügigen Druckkostenzuschuss.

Schließlich gebührt mein herzlicher Dank meiner Familie, Jan-Philipp und Thomas Weitz, Lisa Gretemeier, Dr. Christiane Diehl, Dr. Katharina Stock, Kamilla Zembala-Börner und dem gesamten Lehrstuhl für ihre aufopfernde Korrektur-, Diskussions- und Motivationsarbeit.

Berlin, im Dezember 2016

Monique Amoulong

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Einführung | 17 |
| A. Leistungserbringung durch Vertragsärzte | 24 |
| I. Leistungs- und Leistungserbringungsrecht | 24 |
| 1. Sachleistungsprinzip | 24 |
| 2. Leistungsrecht als konkreter Individualanspruch | 26 |
| II. Vertragsarztrechtliches Vierecksverhältnis | 28 |
| 1. Die Funktion der Kassenärztlichen Vereinigung | 29 |
| 2. Die Leistung: Vertragsarzt – Versicherter | 32 |
| 3. Der Weg der Gegenleistung | 34 |
| a) Versicherter – Krankenkasse | 34 |
| b) Krankenkasse – Kassenärztliche Vereinigung | 36 |
| aa) Zahlung der Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung | 36 |
| bb) Vereinbarung der Gesamtvergütung in Gesamtverträgen | 37 |
| cc) Bundesmantelvertrag als Inhalt der Gesamtverträge | 39 |
| dd) Berechnung der Gesamtvergütung | 41 |
| c) Kassenärztliche Vereinigung – Vertragsarzt | 43 |
| aa) Verteilung der Gesamtvergütung | 43 |
| bb) Festsetzung der Vergütung durch Honorarbescheid | 45 |
| III. Zusammenfassung | 47 |
| B. Honorarverteilung im Vertragsarztrecht | 49 |
| I. Einheitlicher Bewertungsmaßstab | 49 |
| 1. Leistungsverzeichnis und Vergütungsmaßstab | 51 |
| a) Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen | 51 |
| aa) Abschließender Leistungskatalog | 51 |
| bb) Beschluss des Bewertungsausschusses als Abrechnungserfordernis | 54 |
| cc) Voraussetzungen zur Abrechnung einzelner Leistungen | 56 |
| b) Punkteverhältnis | 57 |
| aa) Verzeichnis von Punkten | 57 |
| bb) Verzeichnis von Preisen | 59 |
| cc) Steuerungsinstrument für die vertragsärztliche Vergütung | 61 |

| | |
|--|-----|
| 2. Vorgaben des Gesetzgebers | 63 |
| a) Allgemeine Vorgaben zur Leistungsbewertung und -überprüfung | 64 |
| aa) Der zur Leistungserbringung erforderliche Zeitaufwand | 64 |
| bb) Sachgerechte Stichproben auf betriebswirtschaftlicher Basis | 65 |
| (1) Umfang der betriebswirtschaftlichen Leistungsbewertung | 66 |
| (2) Leistungsbewertung anhand von technischem und ärztlichem Anteil | 68 |
| cc) Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung | 74 |
| dd) Abstufung | 77 |
| b) Besondere Vorgaben zu den Leistungsgebieten | 78 |
| aa) Trennung von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung | 78 |
| (1) Leistungsunterteilung | 78 |
| (2) Zugrundelegung des Versorgungsauftrags | 80 |
| bb) Abbildung hausärztlicher Leistungen | 82 |
| (1) Versichertenpauschale | 82 |
| (2) Einzelleistungen und Leistungskomplexe | 84 |
| (3) Qualitätszuschläge | 85 |
| cc) Abbildung fachärztlicher Leistungen | 86 |
| (1) Grundpauschale | 86 |
| (2) Zusatzpauschale | 87 |
| (3) Kriterien zur Bestimmung der Grund- und Zusatzpauschale | 87 |
| (4) Fallpauschale | 89 |
| (5) Einzelleistungen | 89 |
| dd) Bewertung psychotherapeutischer Leistungen | 90 |
| 3. Zwischenergebnis | 93 |
| | |
| II. Honorarverteilungsmaßstab | 95 |
| 1. Maßstab zur Verteilung der Gesamtvergütung | 98 |
| 2. Vorgaben des Gesetzgebers | 99 |
| a) Verteilungsvorgaben mit Einfluss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung | 99 |
| aa) Trennung von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung | 99 |
| bb) Tätigkeitsausdehnung und Kalkulationssicherheit | 103 |
| (1) Übermäßige Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit | 104 |
| (2) Kalkulationssicherheit | 106 |
| (3) Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung | 111 |
| cc) Kooperative Behandlung | 112 |
| (1) Versorgungsformen der kooperativen Behandlung | 112 |
| (2) Gesonderte Vergütung vernetzter Praxen | 114 |
| (3) Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung | 116 |
| dd) Vergütung psychotherapeutischer Leistungen | 120 |

| | |
|--|------------|
| b) Verteilungsvorgaben unmittelbar für die Kassenärztliche Vereinigung | 123 |
| aa) Ausnahme für unterversorgte Gebiete | 123 |
| (1) Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen | 123 |
| (2) Nichtanwendung von Fallzahlbegrenzungen oder -minderungen | 125 |
| bb) Härteklauseel | 127 |
| 3. Zwischenergebnis | 129 |
| III. Regionale Euro-Gebührenordnung | 130 |
| 1. Regionale Gebührenordnung mit Euro-Preisen | 133 |
| 2. Vorgaben des Gesetzgebers | 135 |
| a) Bundeseinheitlicher Orientierungswert | 135 |
| aa) Erstmalige Festsetzung | 135 |
| bb) Jährliche Anpassung | 137 |
| (1) Die Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten | 137 |
| (2) Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven | 142 |
| (3) Allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen | 144 |
| b) Regionaler Punktwert | 146 |
| aa) Zu- oder Abschlag aufgrund regionaler Besonderheiten | 146 |
| (1) Kosten- und Versorgungsstruktur | 147 |
| (2) Regionale Besonderheiten | 148 |
| bb) Zuschlag aufgrund von Unterversorgung | 150 |
| cc) Zuschlag aufgrund medizinischer Versorgung in Pflegeheimen | 153 |
| dd) Sicherstellung der medizinisch notwendigen Versorgung | 158 |
| 3. Zwischenergebnis | 159 |
| IV. Ergebnis | 161 |
| | |
| C. Demokratische Legitimation der gemeinsamen Selbstverwaltung im Vertragsarztrecht | 162 |
| I. Normative Wirkung vertragsärztlicher Verteilungsinstrumente | 162 |
| 1. Rechtsnormcharakter des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes | 162 |
| 2. Rechtsnormcharakter des Honorarverteilungsmaßstabes | 163 |
| 3. Rechtsnormcharakter der regionalen Euro-Gebührenordnung | 164 |
| II. Vereinbarkeit der Normsetzung im vertragsärztlichen Vergütungsrecht mit Art. 20 Abs. 2 GG? | 165 |
| 1. Bewertungsausschuss | 168 |
| a) Personelle Legitimation | 168 |
| aa) Kompensation des personellen Legitimationsdefizits | 175 |

| | |
|--|------------|
| bb) Verfassungsrechtlich zulässige Abweichung vom Erfordernis personeller Legitimation | 176 |
| b) Sachlich-inhaltliche Legitimation | 179 |
| aa) Ermächtigungsgrundlage | 179 |
| bb) Staatliche Rechtsaufsicht | 180 |
| cc) Repräsentation der Normbetroffenen und Einbringung des Sachverständes | 181 |
| c) Zwischenergebnis | 185 |
| 2. Kassenärztliche Vereinigung | 185 |
| a) Personelle Legitimation | 185 |
| b) Sachlich-inhaltliche Legitimation | 186 |
| c) Zwischenergebnis | 187 |
| III. Ergebnis | 188 |
| | |
| D. Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts | 189 |
| I. Überprüfung von Honorarverteilungsregelungen | 189 |
| II. Art und Weise der Überprüfung | 192 |
| 1. Abstrakte Anforderungen an den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit | 192 |
| a) Entwicklung verfassungsrechtlicher Anforderungen | 193 |
| b) Erstmalige Verbindung mit parlamentsgesetzlichen Grundsätzen | 194 |
| c) Weiterentwicklung der Verbindung mit parlamentsgesetzlichen Grundsätzen | 196 |
| d) Veränderung der Rechtfertigungsanforderungen | 197 |
| e) Wesentlicher Einfluss des Gleichbehandlungsgebots | 198 |
| 2. Tatsächliche Prüfung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit .. | 200 |
| a) Berufsfreiheit als gleichberechtigter Prüfungsmaßstab | 200 |
| b) Abnahme der Berufsfreiheit – Zunahme der parlamentsgesetzlichen Grundsätze | 201 |
| c) Gleichheitsgebot als alleiniger Prüfungsmaßstab | 202 |
| d) Weitere Entwicklungen | 204 |
| 3. Zwischenergebnis | 206 |
| III. Verhältnis zu parlamentsgesetzlichen Grundsätzen | 206 |
| 1. Verhältnis zum Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung | 206 |
| a) Verbindung der Prüfungsmaßstäbe | 207 |
| b) Honorarverteilungsgerechtigkeit als Maßstab für Leistungsproportionalität .. | 210 |
| c) Vereinzelt Trennung | 212 |

| | |
|--|------------|
| 2. Verhältnis zum Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung | 214 |
| a) Trennung beim allgemeinen Grundsatz der angemessenen Vergütung | 215 |
| b) Verbindung bei angemessener Vergütung psychotherapeutischer Leistungen | 217 |
| 3. Zwischenergebnis | 218 |
| IV. Gründe der Rechtfertigung | 219 |
| 1. Mengendynamik und Punktwertstabilisierung | 219 |
| 2. Finanzielle Stabilität und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung | 222 |
| 3. Praktikabilität und Effizienz | 224 |
| 4. Zwischenergebnis | 224 |
| V. Ergebnis | 225 |
| E. Ausformungen des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit | 227 |
| I. Honorartöpfe – Prüfungsmaßstab und Pflichtenbegründung | 227 |
| 1. Prüfungsmaßstab | 229 |
| a) Vereinbarkeit mit höherrangigem Recht | 229 |
| b) Inhalte ständiger Rechtsprechung und Verfassungsrecht | 230 |
| c) Anspruch auf Zahlung höheren vertragsärztlichen Honorars? | 231 |
| 2. Pflichtenbegründung | 232 |
| a) Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit als Grundlage | 232 |
| b) Voraussetzungen einer Reaktionspflicht | 233 |
| II. Psychotherapeutische Leistungen – Anspruchsgrundlage und Pflichtenbegründung | 235 |
| 1. Anspruchsgrundlage | 236 |
| a) Rechtsprechung vor einer gesetzlichen Regelung | 236 |
| b) Rechtsprechung nach einer gesetzlichen Regelung | 238 |
| 2. Pflichtenbegründung | 239 |
| III. Aufbaupraxen – Anspruchsgrundlage | 241 |
| IV. Allgemeine Härteklauseln – richterliche Rechtsfortbildung | 243 |
| V. Ergebnis | 245 |
| F. Die verfassungsrechtliche Herleitung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit | 247 |
| I. Begründung des Schutzzumfangs der Grundrechtsverbindung durch das Bundessozialgericht? | 249 |

| | |
|--|-----|
| II. Unterschied im Schutzzumfang zwischen getrennter Grundrechtsprüfung und Grundrechtsverbindung? | 251 |
| 1. Die Berufsfreiheit, Art. 12 Abs. 1 GG | 252 |
| a) Schutzzumfang | 252 |
| b) Besonderheiten im Vertragsarztrecht | 254 |
| aa) Staatliche Vergütungsregelungen | 254 |
| bb) Pflicht zur Behandlungsübernahme | 255 |
| cc) Eingeschränkte Wettbewerbsfreiheit | 256 |
| c) Anforderungen der Berufsfreiheit an das vertragsärztliche Vergütungssystem | 257 |
| aa) Anspruch auf angemessene Vergütung als Äquivalent zur Preisfreiheit | 257 |
| (1) Verfassungsrechtlich gewährter Anspruch auf angemessene Vergütung | 257 |
| (2) Umfang der Angemessenheit | 259 |
| bb) Herstellung gleicher Ausgangslagen als Äquivalent zur Wettbewerbsfreiheit | 263 |
| d) Zwischenergebnis | 264 |
| 2. Der allgemeine Gleichheitssatz, Art. 3 Abs. 1 GG | 265 |
| a) Schutzzumfang | 265 |
| b) Besonderheiten im Vertragsarztrecht | 267 |
| c) Anforderungen des Gleichheitssatzes an das vertragsärztliche Vergütungssystem | 269 |
| aa) Gleichheit der Vergütungschancen durch gesetzliche und untergesetzliche Rechtsgleichheit | 269 |
| bb) Gebot der Folgerichtigkeit als Prüfungsmaßstab | 272 |
| (1) Folgerichtigkeit im Allgemeinen | 273 |
| (2) Folgerichtigkeit im vertragsärztlichen Vergütungsrecht | 275 |
| d) Zwischenergebnis | 279 |
| 3. Verknüpfung von Art. 12 Abs. 1 GG und Art. 3 Abs. 1 GG | 279 |
| a) Verbundene Idealkonkurrenz in anderen Berufsbereichen | 279 |
| aa) Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 16. März 1971 zur Erdölbevorratung | 280 |
| bb) Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 30. Juli 2008 zu Nichtraucherschutzgesetzen | 282 |
| cc) Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 19. März 2014 zum Schwerbehindertentransport durch ÖPNV-Unternehmen | 284 |
| b) Verbundene Idealkonkurrenz im Vertragsarztrecht? | 286 |
| aa) Differenzierungsgebot innerhalb einer Berufsgruppe | 286 |
| bb) Differenzierungsverbot bei Auswirkungen auf die Berufsausübungsfreiheit | 288 |
| cc) Gebot der Folgerichtigkeit, gesetzgeberisches Konzept und Systemwidrigkeit | 290 |
| dd) Wettbewerb innerhalb der Berufsgruppe | 292 |

| | |
|---|------------|
| c) Zwischenergebnis | 294 |
| III. Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG als Maßgabe für den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit | 294 |
| 1. Unterschiedliche Stoßrichtungen von Freiheit und Gleichheit? | 295 |
| 2. Unterschiedliche Rechtfertigungen? | 297 |
| IV. Ergebnis | 298 |
| G. Schlussbetrachtung | 300 |
| I. Normenkonstrukt aus parlamentsgesetzlichem und exekutivem Recht | 300 |
| II. Verfassungsrechtlicher Überprüfungsmaßstab aus der Verbindung von Berufsfreiheit und Gleichheit | 303 |
| H. Thesen | 306 |
| Literaturverzeichnis | 309 |
| Sachwortverzeichnis | 333 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------------------|---|
| DÄ | Deutsches Ärzteblatt |
| ersatzkasse magazin | Zeitschrift des Verbandes der Ersatzkassen e.V. |
| G+G | Gesundheit und Gesellschaft |
| GuP | Gesundheit und Pflege |
| KrV | Kranken- und Pflegeversicherung |
| SGb | Die Sozialgerichtsbarkeit |
| SozSich | Soziale Sicherheit |
| ZfS | Das Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung |
| ZSR | Zeitschrift für Sozialreform |

Wegen der im Text und in den Fußnoten verwendeten Abkürzungen wird, soweit diese nicht ohnehin üblich und allgemeinverständlich sind, auf *Kirchner, Hildebert/Böttcher, Eike*, Abkürzungsverzeichnis der Rechtssprache, 8. Auflage, Berlin 2015, verwiesen.

Einführung

„Die Honorarverteilung ist [...] als honorarpolitisches Instrument von zentraler Bedeutung bei der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags in der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten sowie bei der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen durch eine leistungs- und bedarfsgerechte Aufteilung der bereitgestellten Finanzmittel. Die Orientierung an diesen Zielen soll gestärkt werden.“¹ So begründet die Bundesregierung die Gesetzesänderungen des SGB V, die durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)² am 23. Juli 2015 in Kraft getreten sind. Die Verteilung der finanziellen Mittel in der gesetzlichen Krankenversicherung ist insbesondere im ambulanten Bereich ein seit Jahren intensiv diskutiertes Thema, was dazu führte, dass in den letzten 15 bis 20 Jahren die Honorarverteilung im Vertragsarztrecht in jeder Legislaturperiode zentrale Gesetzesänderungen erfahren hat. Der Gesetzgeber hat, begonnen mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000³ und dem GKV-Modernisierungsgesetz⁴ aus dem Jahre 2003, wesentliche Reformen erlassen und in den Jahren 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz⁵ und 2011 mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz⁶ weitere Anpassungen vorgenommen.

Dass die Honorarverteilung immer wieder Änderungen unterliegt, hat vielfältige Gründe: Zum einen wird die Bevölkerung immer älter und veranlasst aufgrund dessen immer mehr Leistungen zuzulasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Zum anderen sind die finanziellen Mittel, die ärztlichen Leistungen zu vergüten, begrenzt. Darüber hinaus sinkt auch die Zahl niedergelassener Ärzte kontinuierlich, wie etwa im Jahre 2014, in dem sich die Anzahl um 1.988 Ärzte verringerte, was einem Anteil von etwa 1,6 % entspricht⁷. Dazu kommt ein stetig wachsender Altersdurchschnitt der ambulant tätigen Ärzte, derzeit von 53,41 Jahren – bei Krankenhausärzten beträgt der Durchschnitt des Alters im Vergleich nur 41,32 Jahre⁸. Im Verhältnis dazu steht eine Bevölkerung, deren Anteil der unter 20-Jährigen vor über 100 Jahren noch bei 43 % lag, während nur 5 % der Bevölkerung 65 Jahre und älter waren und deren Anteil im Vergleich dazu heute für unter 20-Jährige bei 18 % und für über 65-Jährige

¹ BT-Drs. 18/4095, S. 98.

² BGBl. I 2015, S. 1211 ff.

³ BGBl. I 1999, S. 2626 ff.; BT-Drs. 14/1245.

⁴ BGBl. I 2003, S. 2190 ff.; BT-Drs. 15/1525.

⁵ BGBl. I 2007, S. 378 ff.; BT-Drs. 16/3100.

⁶ BGBl. I 2011, S. 2983 ff.; BT-Drs. 17/6906.

⁷ *Bundesärztekammer*, Ärztestatistik 2014, Stand: Dezember 2014, S. 35.

⁸ *Bundesärztekammer*, Ärztestatistik 2014, Stand: Dezember 2014, S. 5.

bei 21 % liegt⁹, Tendenz steigend¹⁰. Darüber hinaus wurden im Jahre 2013 ambulante Behandlungen im Wert von ca. 24,8 Mrd. Euro tatsächlich von Vertragsärzten erbracht, obwohl die zur ambulanten Versorgung zur Verfügung gestellten Finanzmittel nur ca. 22,5 Mrd. Euro betragen¹¹. Damit wurden ambulante Behandlungen im Wert von 2,3 Mrd. Euro, d. h. ca. 10 % aller erbrachten Leistungen, nicht vergütet¹². Überdies setzt sich der wesentliche Anteil des Honorars eines Vertragsarztes aus den Einnahmen aus der gesetzlichen Krankenversicherung zusammen¹³, da über 70 Millionen Menschen, d. h. über 85 % der deutschen Bevölkerung, gesetzlich krankenversichert sind¹⁴.

Somit besteht zwar aufgrund der immer älter werdenden Bevölkerung ein stetig steigender Bedarf an ambulanter Versorgung, dem gegenüber steht jedoch keine wesentlich steigende, zur Verfügung stehende Summe an Finanzmitteln, da diese konsequenterweise nur durch die Erhöhung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht werden könnte. Eine Erhöhung des Beitragsatzes, welcher derzeit bereits als allgemeiner Beitragsatz – unabhängig vom Zusatzbeitrag – 14,6 % der beitragspflichtigen Einnahmen beträgt¹⁵, zur Deckung aller tatsächlich erbrachten und in Zukunft noch steigenden ambulanten Behandlungsleistungen ist realistisch nicht durchführbar. Die bestehende und wohl auch andauernde Knappheit der finanziellen Mittel erfordert vielmehr eine zumindest leistungs- und bedarfsgerechte Verteilung.

Die Verteilung der finanziellen Mittel an die Vertragsärzte aus dem Topf der Versichertenbeiträge – also das vertragsärztliche Honorar – stellt die Gegenleistung von grundsätzlich privat abgeschlossenen Behandlungsverträgen zwischen gesetzlich Versichertem und Vertragsarzt dar. Die auf Leistungsseite privatrechtlich ausgestalteten Behandlungsverträge¹⁶ werden auf Seiten der Gegenleistung allerdings

⁹ *Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung*, Bevölkerungsentwicklung 2013 – Daten, Fakten, Trends zum demographischen Wandel, Stand: April 2013, S. 12.

¹⁰ Bis zum Jahre 2060 soll der Anteil der unter 20-Jährigen auf unter 16 % absinken und derjenige der über 65-Jährigen auf 34 % ansteigen, vgl. *Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung*, Bevölkerungsentwicklung 2013 – Daten, Fakten, Trends zum demographischen Wandel, Stand: April 2013, S. 12.

¹¹ *Kassenärztliche Bundesvereinigung*, Zahlen und Fakten zur ambulanten Versorgung, Stand: 2014, S. 2.

¹² *Kassenärztliche Bundesvereinigung*, Zahlen und Fakten zur ambulanten Versorgung, Stand: 2014, S. 2.

¹³ Im Jahre 2011 resultierten 69 % der Einnahmen einer Durchschnittspraxis aus der Tätigkeit als Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung, vgl. *Statistisches Bundesamt*, Unternehmen und Arbeitsstätten – Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten, Stand: August 2013, S. 14.

¹⁴ *GKV-Spitzenverband*, Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung, Stand: Dezember 2015, S. 23 f.

¹⁵ § 241 SGB V.

¹⁶ § 630a Abs. 1 BGB.

durch ein „subtil organisiertes öffentlich-rechtliches System“¹⁷ überlagert. Der Bundesgesetzgeber hat im vierten Kapitel des SGB V „Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern“, insbesondere im zweiten Abschnitt „Beziehungen zu Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten“, den parlamentsgesetzlichen Rahmen gezogen, der es ermöglicht, auf untergesetzlicher Ebene durch die sog. gemeinsame Selbstverwaltung das Recht der Leistungserbringung, insbesondere das Vergütungsrecht der Vertragsärzte, zu regeln. In § 72 Abs. 2 SGB V gibt der Gesetzgeber etwa vor, die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Die Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung ist es daher gerade, diesen Interessenkonflikt zwischen den Sozialleistungsträgern – den Krankenkassen, welche den Versicherten möglichst hochwertige Leistungen zu möglichst geringen Preisen anbieten wollen – und den Leistungserbringern – vorliegend den Vertragsärzten, die eine angemessene Vergütung ihrer erbrachten Leistungen begehren – aufzulösen. Die Interessenvertreter der jeweiligen Seite sind damit gehalten, durch gemeinschaftliches Zusammenwirken zu einer Regelung zu gelangen.

Bei der Honorarverteilung im Vertragsarztrecht hat der Gesetzgeber im Wesentlichen in den §§ 87 ff. SGB V den Vertretern der Krankenkassen¹⁸ und den Vertretern der Vertragsärzte¹⁹ einen weiten Gestaltungsspielraum zur untergesetzlichen Normsetzung ausgeformt. Darüber hinaus zieht der Gesetzgeber den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung aber auch gestalterische Grenzen, indem er zwingende Vorgaben zur Umsetzung wesentlicher Versorgungs- und Vergütungsziele setzt. Die untergesetzlichen Normen im Vertragsarztrecht sind überwiegend als Normenverträge oder Satzungen ausgestaltet, aus denen sich im Zusammenspiel das vertragsärztliche Honorar ergibt. Daraus folgt ein komplexes, ineinandergreifendes Normengefüge, welches nicht nur auf Ebene des Bundesgesetzgebers, sondern vor allem auf untergesetzlicher Bundes- und regionaler Ebene, durch jährliche oder gar quartalsweise Änderungen geprägt ist²⁰.

¹⁷ BVerfGE 11, 30 (40).

¹⁸ Auf Bundesebene ist dies der Spitzenverband Bund der Krankenkassen; auf Landesebene sind dies die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.

¹⁹ Auf Bundesebene ist dies die Kassenärztliche Bundesvereinigung; auf regionaler Ebene sind dies die Kassenärztlichen Vereinigungen.

²⁰ *Andreas Hellmann*, ehem. Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, sagte in der Vertreterversammlung vom 6. März 2009 zur Problematik der ambulanten Vergütung: „Früher galt, dass es vier Leute in Deutschland gibt, die das System wirklich durchdringen. Darunter waren zwei, die das System verstehen, die konnten es aber nicht erklären. Und die zwei, die es erklären konnten, haben es aber nicht verstanden. Inzwischen hat sich diese Zahl höchstwahrscheinlich noch einmal deutlich reduziert.“, vgl. *Busch*,