

Gesundheits- und Sozialrecht

Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie Potsdam e.V.

Manuel Siegmund

Gesundheitsökonom & Privatdozent



Vertragsarztrecht

Vertragsarztrecht

• Begriffe des Vertragsarztrechtes findet man nahezu täglich in der regionalen, lokalen und bundesweiten Presse

DEUTSCHES ARZTBLATT

AKTUELLE POLITIK

Kaum war das Gesundheitsstrukturgesetz '93 zu Jahresbeginn in Kraft getreten, schon melden Apotheker und Arzneimittelhersteller „dramatisch gesunkene“ Umsätze auf dem GKV-Arzneimittelmarkt. Bereits Mitte Dezember, also kurz nach Verabschiedung des GSG durch den Bundestag, beklagte der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI), daß die Kassenärzte bereits auf Grund der Vorankündigung und im Vorgriff auf das Seehofer-/Dreißler-Gesetzpaket erheblich weniger und billigere Präparate verordnen – freilich ohne detaillierte Statistiken und Beweise vorzulegen.

Die Kassandruf der Pharmaindustrie und der -hersteller korrespondieren mit aktuellen Umfragen der Bundesapothekerkammer: So seien die Arzneimittelumsätze der öffentlichen Apotheken in den ersten drei Januarwochen zwischen 15 bis 20 Prozent, im Extremfall sogar um 60 Prozent gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres zurückgegangen. „Die Bundesapothekerkammer befürchtet, falls sich diese Tendenz fortsetze, eine Existenzvernichtung für zahlreiche Apotheken“, so Apotheker-Verbandsgeschäftsführer Dr. jur. Johannes Pieck Ende Januar im Saarländischen Rundfunk.

Klagen der Apotheker

Dr. Pieck von der ABDA: „Es werden Arzneimittel nur mehr für die Woche verordnet und dem Patienten geraten, sich am Wochenende in die Klinik zu begeben...“ Eine solche Situation, die allerdings nicht mit konkreten Beispielen belegt wird, bedürfe „unbedingt der Information und Regulierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, gegebenenfalls durch die Krankenkassen und die Krankenkassenverbände“, so der Sprecher der Apothekerschaft. Ein extremes und überzogenes Sparverhalten seitens der Vertragsärzte entspreche nicht der Gesetzeslage.

Erstauflagerweise stießen die Apotheker mit diesen noch nicht überprüften und kaum statistisch un-

termauerbaren Klagen auf ein offenes Ohr beim Miterfinder des Gesundheitsstrukturgesetzes, dem sozialpolitischen Experten der SPD-Bundestagsfraktion, Rudolf Dreißler MdB. Dieser verstieg sich in die Behauptung, die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und die KBV würden die Durchführung des GSG vor allem im Bereich der Arzneimittelverordnungen „gezielt hintertreiben“. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Spitzenorganisation seien als „mittelbare Staatsgewalt“ in erster Linie verpflichtet, das Gesetz unverzüglich in Punkt und Komma

che einem Rückgang des Verordnungsvolumens um etwa 2,1 Prozent gegenüber 1992.

KBV: Vorwürfe nicht haltbar!

Die Gegenposition der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lautet: Eine faire und realitätsbezogene Rechnung muß alle für die Vorausberechnung relevanten Faktoren, also sowohl die tatsächliche Ausgabenentwicklung im Jahr 1992 als auch die gesetzlichen Struktureffekte auf

Arznei- und Heilmittelbudget

Vertragsärzte sparen, Industrie und Apotheker klagen

in die Praxis umzusetzen. Hierzu zählte auch eine „korrekte“ Aufklärung über das 1993 für Arzneimittelverordnungen zur Verfügung stehende Finanzvolumen“, so SPD-MdB Dreißler. Eine zurückhaltende oder bloß zögerliche Arzneimittelverordnung käme einem „indirekten Boykott“ des Reformgesetzes gleich, den die SPD nicht hinnehmen werde. Um den Vorwurf einer „Überreaktion“ und der „Desinformation und Irreführung“ der Kassenärzte zu untermauern, warf ein Pharma-Unternehmen in einer großformatigen Anzeige der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor, sie erwecke in einer Informationsschrift (Beilage zu einer Teilaufgabe des DA Heft 1-2/1993) den Eindruck, die Kassenärzte müßten drei bis vier Milliarden DM Arzneimittelkosten allein im Jahr 1993 einsparen, um innerhalb des Budgets zu bleiben und um das eigene Portemonnaie zu schonen. Das Pharma-Unternehmen behauptet: Um das Budget einzuhalten, seien 1993 gegenüber 1992 allenfalls 1,7 Milliarden DM einzusparen. Dies entspräche

der Arzneimittelausgaben sowie die zu erwartende Dynamik des Jahres 1993 berücksichtigen. Gerade die durch das GSG mitverschuldeten Sonderbewegungen sind in der Berechnung des Pharma-Unternehmens nicht berücksichtigt worden:

► Zunahme der Kassenmitglieder um mehr als 600 000 Personen; ► Zugang neu sich niederlassender Kassenärzte um 8 000 bis 10 000 und

► die Innovationskomponente mit rund 800 Millionen DM Kostensteigerung.

Eine Berechnung, die die tatsächliche oder mögliche Budgetüberschreitung des Jahres 1993 prognostiziert, muß klar absehbare überdurchschnittliche Wachstumsfaktoren berücksichtigen. Keinesfalls kann von unveränderten Daten und einem „gleichen Rechtsverhalten“ der Kassenärzte wie in 1992 ausgegangen werden. Realistisch muß deshalb gefragt werden: Was müssen die Kassen-/Vertragsärzte im Jahr 1993 gegenüber dem Erwartungswert für 1993 einsparen? HC

NOTFALLVERSORGUNG

Vertragsärzte wollen Regie führen

Die Krankenkassen geben jährlich 4,8 Milliarden Euro für die Behandlung von Notfallpatienten im Krankenhaus aus, denen ein niedergelassener Arzt ebenso gut hätte helfen können. Die Kassenärzte plädieren für eine neue Notdienststruktur.

Theoretisch ist alles geregelt: Benötigen Patienten außerhalb der Sprechstundenzeiten niedergelassener Ärztinnen und Ärzte medizinische Hilfe, suchen sie den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst auf. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sorgen dafür, dass es ein flächendeckendes Behandlungsangebot für die Fälle gibt, die keinen Rettungseinsatz erfordern. In der Praxis ist es jedoch häufig so, dass viele Patienten den direktesten Weg in die Notaufnahmen der Krankenhäuser nehmen.

Das Krankenhaus sei für diese Patienten als Anlaufpunkt sichtbar, manche erwarteten eine Komplettversorgung aus einer Hand oder sie wollten einfach nicht auf einen Termin in einer stark ausgelasteten Facharztpraxis warten, sagte Dr. med. Andreas Gassen über mögliche Gründe. Häufig werde die Inanspruchnahme einer Krankenhausbambulanz aber auch direkt be-

worben, kritisierte der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV): „Das gilt insbesondere in Ballungsräumen, wo Krankenhäuser gut erreichbar sind, sowie gut ausgebauten Krankenhauskapazitäten und insbesondere große Kapazitäten in den Notaufnahmen bestehen.“

3,5 Millionen vermeidbare Krankenhausnotfälle

4,8 Milliarden Euro geben die Kassen jährlich für die Behandlung von Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser aus, denen ein niedergelassener Arzt ebenso gut hätte helfen können. Das hat das IGES-Institut im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) berechnet. Die Ergebnisse auf Basis der Krankenhausdaten von 2013 wurden am 22. Juli in Berlin vorgestellt.

Insgesamt haben die IGES-Wissenschaftler knapp 3,5 Millionen vermeidbare Krankenhausnotfälle ermittelt, wie deren Geschäftsführer Dr. rer. pol. Martin Albrecht ausführte. Die Hälfte dieser Patienten habe ohne ärztliche Einweisung die Notaufnahme aufgesucht. An Werktagen zu Praxisöffnungszeiten liege die Zahl vermeidbarer Aufnahmen ohne ärztliche Überweisung mit 642 500 im Übrigen etwa genauso hoch wie außerhalb der Sprechzeiten mit 652 483, sagte Albrecht. Zugleich verweise er auf große regionale Unterschiede.

Ein relativ dünnes ambulantes Behandlungsangebot sowie eine geringere Auslastung der Bettenkapazität an den Krankenhäusern können nach Ansicht von KBV-Chef Gassen, der zugleich Vorstandsvorsitzender des Zi ist, die regionalen Unterschiede erklären. Ein früheres IGES-Gutachten sei bereits zu dem Schluss gekommen, dass in südlichen Gebieten mit einer hohen Dichte an niedergelassenen Fachärzten der Anteil vermeidbarer Krankenhausfälle tendenziell niedriger war als in ländlichen Gebieten.

Die Lösungsansätze des Gesetzgebers, der jüngst im Versorgungsstärkungsgesetz und im Krankenhausstrukturgesetz Krankenhäuser und KVen unter anderem durch die Einrichtung ambulanter Portalpraxen an den Kliniken zur besseren Kooperation in der Notfallversorgung verpflichtet hat, greifen nach Ansicht von Gassen jedoch zu kurz.

Er schlägt eine völlig neue Struktur der Notfallversorgung unter Regie der KVen vor, die in Abstimmung mit den Ländern – die Planung von Behandlungskapazitäten in den Praxen und Krankenhäusern zusammenfassen und am Grundsatz „ambulanz vor stationär“ ausrichtet. Nur dann machten die vom Gesetzgeber

geforderten Portalpraxen Sinn. Nach Ansicht von Gassen müssen ambulante Anlaufstellen an allen wichtigen Krankenhausstandorten geschaffen, rund um die Uhr besetzt und unabhängig vom Krankenhaus-träger betrieben werden. Unnötige Krankenhausbambulanzen müssten geschlossen werden. Besetzt werden sollten die ambulanten Anlaufstellen mit Haus- und Fachärzten, die dort entweder eine Filialpraxis betrieben oder diese Dienste honoriert bekämen. Die Triage der Patienten müsse in diesen Portalpraxen stattfinden, „ohne weitere Schleichwege ins Krankenhaus“, forderte Gassen. Die Fehllokation von fünf Milliarden Euro im Gesundheitssystem sei sträflich. „Das Geld fehlt an anderer Stelle.“

Politik und Kassen sind gegen weitere Notdienstreform

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) kritisierte die Schlussfolgerungen aus dem IGES-Gutachten. Es sei nicht zielführend, mit Blick auf die Notfallbehandlung im Krankenhaus von einer milliardenschweren Fehlsteuerung zu reden, erklärte deren Präsident Thomas Reumann: „Es wäre sinnvoller, wenn die KBV sich Gedanken machte, wie sie die Notfallversorgung in ihrer Zuständigkeit verbessert.“ Diese sei für die Patienten von zentraler Bedeutung. „So ein Thema darf nicht zum Spielball von Verbandsinteressen werden“, sagte der DKG-Präsident.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz gebe es eine Reform, die nun greifen müsse, betonte die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, Hilde Matthies. Die KVen müssten diese erst einmal umsetzen, statt neue Forderungen aufzustellen. ■

Heike Korzilius

A 117

HONORARE DER VERTRAGSÄRZTE

Schrittweise raus aus dem Budget

Die schrittweise Einführung fester Preise und eine Anhebung des kalkulatorischen Arztgebalts – mit diesen Kernforderungen geht die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in die Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen für 2015.

Am 20. August starten in Berlin die Verhandlungen über die Honorare der rund 150 000 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für 2015. Die KBV gibt sich kämpferisch, denn nach ihrer Berechnung fehlen in der ambulanten Versorgung gut fünf Milliarden Euro. „Das ist nicht die Forderung, mit der wir in die Honorarverhandlungen gehen“, sagte der KBV-Vorsitzende Dr. med. Andreas Gassen am 30. Juli vor der Presse in Berlin. „Das ist eine Bestandsaufnahme.“ Das Grundproblem sei, dass die Krankenkassen nur begrenzt Geld für die Gesundheit ihrer Versicherten zur Verfügung stellen. Dem begrenzten Geld stehe aber ein unbegrenzter Leistungsanspruch der Versicherten gegenüber, ergänzte KBV-Honorardezernent Dr. rer. pol. Ulrich Casser. Die Folge: Die Vertragsärzte erhielten rund zehn Prozent ihrer Leistungen nicht vergütet. Das entspreche einem Wert von rund 2,3 Milliarden Euro.

Außerdem habe der kalkulatorische Arztlohn, der sich am Gehalt eines Oberarztes im Krankenhaus orientiert und 2008 festgelegt wurde, mit der tatsächlichen Entwicklung der Tarifgehälter nicht Schritt gehalten. „Der Marburger Bund hat für die Krankenhausbäuer deutliche Lohnsteigerungen herausgehandelt. Das war bei den Niedergelassenen nie angepasst“, erklärte Gassen.

Bis zum 31. August müssen die Honorarverhandlungen abgeschlossen sein. Bis dahin müssen sich KBV und Kassen auf eine Anpassung des Orientierungswerts einigen, nach dem sich der Preis für die einzelne ärztliche Leistung berechnet. Er liegt zurzeit bei 10,13 Cent. Bei der Anpassung sollen Investitions- und Betriebskosten sowie Wirtschaftlichkeitsreserven berücksich-

tigt werden. Nach dem Willen der KBV soll diesmal auch die Anpassung des kalkulatorischen Arztgebalts zumindest damit beginnen, den Umfang des Budgets zu reduzieren. Zwischen 2009 und 2013 seien Leistungen im Wert von fast zehn Milliarden Euro aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herausgelöst worden, darunter das ambulante Operieren, die Dialysesachkosten und zuletzt die psychotherapeutischen Leistungen. Auf der honorarpolitischen Agenda steht auch die Weiterentwicklung des Einheitslichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Im Haus-

KBV-Vertreterversammlung bereits 2012 gefordert. Wie Casser jetzt erklärte, hat der Bewertungsausschuss zumindest damit begonnen, den Umfang des Budgets zu reduzieren. Zwischen 2009 und 2013 seien Leistungen im Wert von fast zehn Milliarden Euro aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herausgelöst worden, darunter das ambulante Operieren, die Dialysesachkosten und zuletzt die psychotherapeutischen Leistungen. Auf der honorarpolitischen Agenda steht auch die Weiterentwicklung des Einheitslichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Im Haus-

„Das wird nicht einfach werden, aber Honorarpolitik ist auch Strukturpolitik.“

Regina Feldmann, KBV-Vorstand

Erkrankungen. Die Morbiditätsrate sei jedoch nur eine Empfehlung für die Honorarverhandlungen in den Regionen, erklärte Casser.

Ein wesentliches Ziel der KBV in den Honorarverhandlungen ist es, weitere Leistungen aus dem Budget herauszulösen. Sie will durchsetzen, dass sogenannte Basisleistungen zu festen Preisen ohne Mengenbegrenzung vergütet werden. Danach würde bei Patienten mit unspezifischer Erkrankung die Kurzarzamnese mit symptombezogener Untersuchung im persönlichen Arzt-Patient-Kontakt künftig mit zehn Euro vergütet. 200 Millionen Euro müssten die Kassen dafür zusätzlich bereitstellen. Dasselbe würde auch für Untersuchungen gelten, bei denen Patienten eine Zweitmeinung einholen. Dafür müssten die Kassen zusätzlich 1,7 Milliarden Euro zuschießen.

Ein Ende des Budgets sowie feste und kostendeckende Preise für alle erbrachten Leistungen hätte die

arzt-EBM sollen nach dem Willen der KBV vom 1. Januar 2015 an Zuschläge für die Vorhaltung technischer Basisausrüstung wie EKG-Geräte, Geräte zur Langzeit-Blutdruckmessung oder Ultraschall eingeführt werden. Gerätekosten sollen sich auch bei geringer Fallzahl amortisieren können. „Das wird nicht einfach werden, aber Honorarpolitik ist auch Strukturpolitik“, sagte KBV-Vorstand Regina Feldmann mit Blick auf den drohenden Hausarztmangel. Außerdem sollen die Möglichkeiten für Hausärzte erweitert werden. Leistungen an qualifizierte nichtärztliche Praxisassistentinnen zu delegieren.

Strukturelle Anpassungen soll es auch im Facharzt-EBM geben, die am 1. Januar 2016 in Kraft treten sollen. Ziel ist, die Pauschalierung zurückzuführen, damit der Behandlungsaufwand und ärztliche Schwerpunkte besser abbildbar werden können. ■

Heike Korzilius

A 1393

Vertragsarztrecht – Was ist das?

- Dies regelt ein Teilbereich des SGB V innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungen
- Hierüber definiert sich ein zugelassener, approbierter und im Arztregister eingetragener Arzt mit Vertragsarztsitz

Wer fällt nicht darunter?

- Angestellte Ärzte im Krankenhaus und/oder medizinischen Einrichtungen

Vertragsarztrecht – Was ist das?

- Dürfen sich mit einer Praxis niederlassen
- Können sogenannte „Berufsausübungsgemeinschaften“ bilden (früher: Gemeinschaftspraxis)

Welche Ziel verfolgte man?

- vertragsärztliche Berufsausübung verbessern und effizienter gestalten

Was regelt der SGB V?

- I. Allgemeine Vorschriften
- II. Versicherte Personenkreise
- III. Leistungen innerhalb der Krankenversicherung
- IV. Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern**
- V. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- VI. Organisation der Krankenkassen
- VII. Verbände der Krankenkassen
- VIII. Finanzierung

Was regelt der SGB V?

- IX. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
- X. Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz und Datentransparenz
- XI. Straf- und Bußgeldvorschriften
- XII. Überleitungsregeln aus Anlass der Herstellung der Einheit Deutschlands
- XIII. Erweiterte Übergangsvorschriften

Kapitel IV: Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern

- Abschnitt 1: (§§ 69 – 71 SGB V) → allgemeine Grundsätze
- Abschnitt 2: (§§ 72 – 106a SGB V) → Beziehungen zu Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten
 - 1) §§ 72 – 76 → **Sicherstellung** der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung
 - 2) §§ 77 – 81a → **kassenärztliche** und kassenzahnärztliche Vereinigungen
 - 3) §§ 82 – 87d → Verträge auf Bundes- und Landesebene
 - 4) § 88 → zahntechnische Leistungen
 - 5) § 89 → **Schiedswesen**

Kapitel IV: Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern

- Abschnitt 2: (§§ 72 – 106a SGB V) → Beziehungen zu Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten
 - 6) §§ 90 – 94 → **Landesausschüsse** und Gemeinsamer Bundesausschuss
 - 7) §§ 95 – 98 → Voraussetzungen und Formen der Teilnahme von Ärzten und Zahnärzten an der Versorgung
 - 8) §§ 99 – 105 → **Bedarfsplanung**, Unterversorgung, Überversorgung
 - 9) §§ 106 – 106a → Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung

Kapitel IV: Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern

- Abschnitt 3: (§§ 107 – 114 SGB V) → Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen
- Abschnitt 4: (§§ 115 – 123 SGB V) → Beziehungen zu Krankenhäusern und **Vertragsärzten**
- Abschnitt 5: (§§ 124, 125 SGB V) → Beziehungen zu Leistungserbringern von Heilmitteln
- Abschnitt 6: (§§ 126 – 128 SGB V) → Beziehungen zu Leistungserbringern von Hilfsmitteln
- Abschnitt 7: (§§ 129 – 131 SGB V) → Beziehungen zu Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen
- Abschnitt 8: (§§ 132 – 134a SGB V) → Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern

Kapitel IV: Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern

- Abschnitt 9: (§§ 135 – 139c SGB V) → Sicherung der Qualität der Leistungserbringer
- Abschnitt 10: (§ 140 SGB V) → Eigenrichtung der Krankenkassen
- Abschnitt 11: (§§ 140a – 140d SGB V) → Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung
- Abschnitt 12: (§ 140e SGB V) → Beziehungen zu Leistungserbringern in Staaten, in denen die Verordnung (EWR) Nr. 1408/71 anzuwenden sind
- Abschnitt 13: (§§ 140f – 140h SGB V) → Beteiligung von Patientinnen und Patienten, Beauftragte oder Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

Was regelt das Vertragsarztrecht denn nun?

Die Rechtsbeziehungen der gesetzlichen Krankenkassen zu den Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten, sowie sonstigen Leistungserbringern und mit Abstrichen teilweise zu den Krankenhäusern.

Gesetzliche Grundlage zur Regelung des Vertragsarztrechts

Artikel 74 I Nr. 12 Grundgesetz (GG)

- Dieser regelt, dass dem Bund die konkurrierende Gesetzgebung (z. B. Sozialversicherung) zusteht
- Sozialversicherung rechnet zu den Kernkompetenzen des Bundes im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz
- Die Auslegung der „Sozialversicherung“ im Sinne des o.g. Art. Ist sehr schwammig und weitläufig

Rechtsgrundlagen der vertragsärztlichen Tätigkeiten

- SGB V regelt die Basis im Vertragsarztrecht
- Verordnungen, zu denen das Gesetz den BMG ermächtigt
 - ✓ Schiedsamtverordnung (§ 89 VI)
 - ✓ Zulassungsverordnung (§ 98 I)
- Richtlinien des GBA nach § 92 I

Rechtsgrundlagen der vertragsärztlichen Tätigkeiten

- Bundesmantelverträge (BMV-Ä) werden abgeschlossen durch die KBV und dem GKV nach § 82 I
 - Richtlinien des GBA sind Bestandteil des BMV-Ä nach § 92 VIII
 - Qualifikationsanforderungen nach § 135 II
 - Regelungen die die Vordrucke und Abrechnungsunterlagen betreffen nach § 295 III)

Rechtsgrundlagen der vertragsärztlichen Tätigkeiten

- **Richtlinien der KBV**

- Durchführung der von ihr geschlossenen Verträge
- Überregionale Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und der Zahlungsausgleich
- Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsprüfung der KVen

Rechtsgrundlagen der vertragsärztlichen Tätigkeiten

- Gesamtverträge der KVen und der Landesverbände der KKen (§ 83)
 - Vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort in ihren Bezirk einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen

Rechtsgrundlagen der vertragsärztlichen Tätigkeiten

- **Satzungen der KVen**

- Beschließt die Vertreterversammlung (§ 79 III Nr. 1)
- Zwingender Inhalt ist der § 81
 - „Verfassung der Körperschaft“
 - Vertragsärztliche Pflichten im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der Region (§ 81 I Nr. 10)
 - Fortbildungen (§ 81 IV)
 - Disziplinarmaßnahmen (§ 81 V)

Rechtsgrundlagen der vertragsärztlichen Tätigkeiten

- **Satzungen der KVen**

- Zwingender Inhalt:

- Bestimmungen, nach denen diese für die Mitglieder verbindlich sind

- Von der KBV geschlossene Verträge (z.B. BMV-Ä) und zugehörig gefasst Beschlüsse
 - Bestimmungen über die überregionale Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung
 - KBV-Richtlinien nach § 75 VII

Gesetzliche Hierarchien im Vertragsarztrecht nach SGB V

Bundesgesetz nach Art. 74 I Nr. 2 GG

Verordnungen:

- KV-Ärzte

Schiedsamsverordnung

Richtlinien

BMV-Ä

Richtlinien der KBV

Gesamtvertrag

Satzung/en

§ 98 Abs. 1 SGB V
§ 89 Abs. 6 SGB V
Bundesminister für
Gesundheit

§ 92 Abs. 1 SGB V
G-BA

§ 82 Abs. 1 § 87 Abs. 1 SGB V
KBV – GKV - Spitzenverbände

§ 75 Abs. 7 SGB V
KBV

§ 83 SGB V
KV – Landesverbände KVen

§ 81 SGB V
der KBV &
der KVen

§ 210 SGB V
Landesverbände KVen

Aufgabe zum 15.05.2024, Mittwoch

Welche Rollen spielen die Kassenärztlichen Vereinigungen (kurz: KVen) und was regelt Sie im Vertragsarztrecht?