

Ute Kötter

Die Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung

Eine vergleichende Untersuchung des deutschen und
des belgischen Rechts



Nomos Verlagsgesellschaft
Baden-Baden

Inhaltsverzeichnis

<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	33
<i>Vorwort</i>	39

TEIL 1: EINLEITUNG UND SACHPROBLEM

<i>1. KAPITEL: Einleitung</i>	41
<i>1. Abschnitt: Ziel und Gegenstand der Untersuchung</i>	41
A. Das Ziel der Untersuchung	41
B. Der Gegenstand der Untersuchung	43
I. Steuerung als Gegenstand rechtswissenschaftlicher Untersuchung	44
1. Der Begriff Steuerung	44
2. Formen rechtlicher Steuerung	45
3. Grenzen rechtlicher Steuerung	46
II. Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung	47
1. Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung als Teil des Rechts der sozialen Sicherheit	47
a) Sozialrecht und Recht der sozialen Sicherheit	47
b) Der pragmatische und der formelle Begriff des Rechts der sozialen Sicherheit	47
c) Der offene Begriff des Rechts der sozialen Sicherheit	49
d) Die Funktion sozialer Sicherheit	49
2. Das soziale Risiko „Krankheit“	50
a) Krankheit - ein komplexer Lebenssachverhalt und ein semantisch offener Begriff	50
b) Die normative Konzeption sozialer Sicherheit	53
c) Soziale Risiken als Schadenstatbestände	54
d) Krankheit als Ausnahme von der Grundannahme sozialer Sicherheit	56
aa) Die historische Entwicklung	56
bb) Die Grundstruktur des sozialen Risikos Krankheit	57
(1.) Einkommensausfall als Folge von Krankheit	57
(2.) Sonderbedarfe als Folge von Krankheit	57
(3.) Die Folgen von Krankheit im Unterhaltsverband	57
e) Ergebnis	58
3. Soziale Gesundheitssicherungssysteme	58
a) Gesundheitssysteme und Gesundheitssicherungssysteme	59
b) Nationaler Gesundheitsdienst und Gesetzliche Krankenversicherung als Grundtypen von Gesundheitssicherungssystemen	60
c) Wesentliche Unterscheidungskriterien von Nationalem Gesundheitsdienst und gesetzlicher Krankenversicherung	61
aa) Internalisierung versus Externalisierung	61

bb) Funktionstrennung versus Identität von Leistungsträgern und Leistungserbringern	62
cc) Universalismus versus gruppenspezifische Sicherung	63
dd) Situations- versus vorsorgebezogene Sicherung	63
d) Ergebnis	64
4. Das Kassenarztrecht	64
5. Die Einbeziehung weiterer Rechtsgebiete	65
III. Die ambulante ärztliche Versorgung	65
1. Die Schlüsselrolle der Ärzte im Gesundheitswesen	65
2. Eingrenzungen des Untersuchungsgegenstandes	66
2. Abschnitt: <i>Methode und Aufbau der Untersuchung</i>	67
A. Die Methode	67
I. Die Bedeutung des Rechtsvergleichs	67
II. Die Sozialrechtsvergleiche	67
1. Die Auswahl der Vergleichsrechtsordnungen	68
2. Das Sachproblem als tertium comparationis des Sozialrechtsvergleichs	69
B. Der Gang der Untersuchung	69
2. KAPITEL: <i>Das Sachproblem</i>	70
1. Abschnitt: <i>Die gesetzliche Krankenversicherung als Antwort auf die soziale Frage der Medizin</i>	70
A. Herausforderungen der modernen Medizin für Staat und Gesellschaft	70
I. Die Sicherung der Unbedenklichkeit des medizinischen Versorgungsangebots	71
II. Die Sicherung des allgemeinen Zugangs zur medizinischen Versorgung	73
1. Ungleiche Allokation durch den Markt	73
2. Begrenzte Wirksamkeit privater Sicherungsformen	74
B. Die sozialstaatliche Antwort auf die soziale Frage der Medizin	75
I. Die historische Entwicklung	75
II. Die Grundstruktur des belgischen und des deutschen Krankenversicherungssystems	77
1. Die gesetzliche Krankenversicherung als Sozialversicherung	78
a) Das Versicherungsprinzip	78
b) Die Versicherungspflicht	78
aa) Deutschland	79
bb) Belgien	80
c) Das Solidaritätsprinzip	82
d) Die Beitragsfinanzierung	83
aa) Deutschland	83
bb) Belgien	83
2. Die Organisationsstruktur	84
a) Deutschland	85

b)	Belgien	85
3.	Die Leistungen	87
a)	Einkommensersatzleistungen	87
aa)	Deutschland	87
bb)	Belgien	87
b)	Leistungen zur Deckung von Sonderbedarfen	87
aa)	Deutschland	87
bb)	Belgien	88
4.	Die Trennung von Finanzierung und Leistungserbringung	88
2.	<i>Abschnitt: Die Grenzen der sozialen Sicherheit</i>	90
A.	Steigende Ausgaben für die medizinische Versorgung	90
B.	Die Begrenztheit der kollektiven Mittel	91
C.	Das systemimmanente Steuerungsdefizit der gesetzlichen Krankenversicherung	92
I.	Das Modell der Marktsteuerung	92
II.	Der Wegfall des Kosteninteresses des Patienten	92
III.	Nachfragesteuerung durch den Arzt	93
1.	Die Erweiterung der Funktionen des Arztes und die Involvement der Interessen Dritter in die Arzt-Patient-Beziehung	93
2.	Der kooperative Charakter ärztlicher Leistung	94
3.	Die Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung	95
4.	Angebotsinduzierte Nachfrage	95
3.	<i>Abschnitt: Der sozialstaatliche Interessenausgleich als Steuerungsaufgabe des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung</i>	96
A.	Die Notwendigkeit des Interessenausgleichs als Folge der sozialstaatlichen Intervention	96
B.	Die Komplexität des Steuerungsgegenstands	97
I.	Die Vielfalt der Erscheinungsformen der medizinischen Versorgung	97
II.	Die Natur der ärztlichen Leistung	98
1.	Die ärztliche Leistung als personale Dienstleistung	98
2.	Die ärztliche Leistung als medizinische Dienstleistung	99
a)	Der Stand der medizinischen Wissenschaft	99
b)	Die Diskrepanz zwischen medizinischem Modell und der konkreten Behandlungssituation	99
c)	Die Entscheidungsspielräume des Arztes	100
C.	Die rechtlichen Rahmenbedingungen staatlicher Steuerung	101
I.	Die Pfadabhängigkeit von Steuerungsentscheidungen	101
II.	Die Maßstäbe des Völkerrechts	101
III.	Die Maßstäbe des Rechts der Europäischen Gemeinschaft	103
1.	Kompetenzen der Europäischen Gemeinschaft im Bereich der Gesundheits(sicherungs)systeme	104
2.	Die europäische Marktordnung	105
a)	Positive Integration	105

b) Negative Integration und Wettbewerbsrecht	106
IV. Vorfindliche Ordnungsentscheidungen	107
D. Konkretisierung der Untersuchungsfragen	109

TEIL 2: LANDESBERICHT DEUTSCHLAND

1. KAPITEL: Die historische Entwicklung der Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung	111
1. Abschnitt: Die Entwicklung des Kassenarztrechts vom Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter (KVG) von 1883 bis zu den Notverordnungen der 30er Jahre	111
A. Die Situation auf dem Markt für ärztliche Dienstleistungen bei Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung	112
I. Private Formen der Krankenversicherung und erste gesetzliche Regelungen der Pflichtversicherung	112
II. Medikalisierung und Professionalisierung	113
B. Die Grundstrukturen des durch das KVG eingeführten Systems der gesetzlichen Krankenversicherung	114
C. Die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen	116
D. Die Reichsversicherungsordnung	117
E. Das Berliner Abkommen vom 23.12.1913	118
F. Die Verordnung über Ärzte und Krankenkassen vom 30.10.1923	119
G. Die Notverordnungen der 30er Jahre	121
I. Die Notverordnung vom 26.7.1930	121
II. Die vierte Notverordnung vom 8.12.1931 und ihre Ausführungsverordnungen	122
1. Die Bildung Kassenärztlicher Vereinigungen	122
2. Die kassenarztrechtlichen Kollektivverträge	123
3. Zulassung und Einzelvertrag	124
4. Das Vergütungssystem	124
5. Die gemeinsame Selbstverwaltung	125
2. Abschnitt: Das Kassenarztrecht unter dem nationalsozialistischen Regime	125
3. Abschnitt: Die Entwicklung in der Nachkriegszeit	127
4. Abschnitt: Das Gesetz über das Kassenarztrecht	129
5. Abschnitt: Die Entwicklung des Kassenarztrechts seit Mitte der 70er Jahre	130
A. Die Entwicklung des Zulassungsrechts	131
B. Die Entwicklung des Vergütungsrechts	132
6. Abschnitt: Das Gesundheitsreformgesetz von 1989	133
7. Abschnitt: Die Rechtsvereinheitlichung im ärztlichen Berufsrecht und Kassenarztrecht bei der Wiedervereinigung Deutschlands	134
A. Die Grundsätze der Rechtsvereinheitlichung nach dem Einigungsvertrag	134

B.	Die Bedeutung der Rechtsvereinheitlichung für den Bereich des Arzt- und Kassenarztrechts	135
	I. Das Arztrecht	135
	II. Das Kassenarztrecht	136
8.	<i>Abschnitt: Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993</i>	136
9.	<i>Abschnitt: Die dritte Stufe der Gesundheitsreform</i>	138
10.	<i>Abschnitt: Auf dem Weg zur Gesundheitsreform 2000</i>	141
2.	KAPITEL: Die Verortung des Kassenarztrechts in der Gesamtrechtsordnung	142
1.	<i>Abschnitt: Die verfassungsrechtlichen Vorgaben für die rechtliche Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung</i>	142
A.	Formale Rahmenbedingungen	143
	I. Die Gesetzgebungszuständigkeit	143
	II. Die Verwaltungszuständigkeit	144
	III. Verfassungsrechtliche Organisationsvorgaben	144
	IV. Der Rechtsschutz gegen staatliche Steuerungsakte	145
B.	Materiale Rahmenbedingungen	145
	I. Das Sozialstaatsprinzip	146
	II. Die ärztliche Berufsfreiheit	147
	1. Der Eingriff in den Schutzbereich der Berufsfreiheit	148
	2. Die Verhältnismäßigkeit des Eingriffs	149
	III. Der Schutz der Patientenrechte	150
2.	<i>Abschnitt: Das Kassenarztrecht als Teil des Arztrechts</i>	150
A.	Das ärztliche Berufsrecht	152
	I. Die Regelung des Berufszugangs	152
	II. Die Regelung der Berufsausübung	153
	1. Die Delegation von Normsetzungskompetenzen auf die Ärztekammern	153
	2. Das ärztliche Standesrecht	153
	III. Das Verhältnis zum Kassenarztrecht	155
B.	Arzthaftungsrecht und Strafrecht	155
	I. Arzthaftungsrecht	155
	II. Strafrecht	156
	III. Das Verhältnis zum Kassenarztrecht	157
C.	Das Kassenarztrecht als Teil des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung	158
	I. Das 5. Buch des Sozialgesetzbuchs als wichtigste Rechtsquelle des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung	158
	1. Das SGB V als Teil des Sozialgesetzbuchs	158
	2. Die Rechtsgrundlagen der Steuerung ärztlicher Leistung im SGB V	159
	a) Das Leistungserbringungsrecht	159
	b) Das Leistungsrecht	160

II.	Untergesetzliches staatliches Recht	161
1.	Rechtsverordnungen der Exekutive	161
2.	Das autonome Recht der Selbstverwaltungskörperschaften der gesetzlichen Krankenversicherung	162
3.	KAPITEL: Das Steuerungssystem	162
1.	<i>Abschnitt: Die Mehrstufigkeit des Steuerungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung</i>	162
A.	Die Selbstverwaltung durch autonome Träger der gesetzlichen Krankenversicherung	163
I.	Die Selbstverwaltung als Organisationsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung	163
1.	Der juristische Selbstverwaltungs begriff	163
2.	Die Bedeutung der Selbstverwaltung im Steuerungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung	164
II.	Die Krankenkassen	165
1.	Körperschaften des öffentlichen Rechts	165
2.	Institutioneller Pluralismus	166
3.	Die innere Organisation	166
a)	Die Grundstruktur	166
b)	Besonderheiten der Organisationsstruktur	167
4.	Die Betroffenenbeteiligung	168
5.	Eigenverantwortliche Wahrnehmung gesetzlich zugewiesener Aufgaben der Daseinsvorsorge	169
a)	Aufgaben	169
b)	Befugnisse, insbesondere Rechtsetzungsbefugnisse	169
6.	Die staatliche Aufsicht als Pendant der Selbstverwaltung	170
a)	Die Rechtsaufsicht	170
b)	Die Aufsichtsmittel	170
III.	Die Verbände der Krankenkassen	171
1.	Landes- und Bundesverbände	171
2.	Die Selbstverwaltung der Landes- und Bundesverbände	172
a)	Die Selbstverwaltungsorgane	172
b)	Die Aufgaben	172
c)	Rechtsetzung durch die Landes- und Bundesverbände	173
3.	Die Bedeutung der Verbandsbildung	173
B.	Die kassenärztliche Selbstverwaltung	174
I.	Die Kassenärztlichen Vereinigungen	174
1.	Errichtung	174
2.	Öffentlich-rechtliche Körperschaften mit Selbstverwaltung	175
3.	Die innere Organisation	175
4.	Rechtsetzungsbefugnisse	176
a)	Formelle und materielle Satzungen	176
b)	Der Honorarverteilungsmaßstab	176

II.	Die Kassenärztliche Bundesvereinigung	176
C.	Die gemeinsame Selbstverwaltung	177
I.	Die rechtlichen Grundlagen	177
II.	Die Organe der gemeinsamen Selbstverwaltung	177
1.	Die Landes- und Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen	178
2.	Die Zulassungs- und Berufungsausschüsse	178
3.	Die Schiedsämter	179
4.	Der Bewertungsausschuß	180
5.	Die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse	180
III.	Die Rechtsetzungsbefugnisse der gemeinsamen Selbstverwaltung	181
1.	Verfassungsrechtliche Vorfragen	181
2.	Die kassenärztlichen Kollektivverträge	182
a)	Die Verträge auf der Bundesebene	182
b)	Die Verträge auf der Landesebene	184
3.	Die Richtlinien	185
a)	Inhalt	185
b)	Rechtsnatur	185
c)	Verbindlichkeit	187
4.	Das sonstige autonome Recht	188
IV.	Die Bedeutung des Prinzips der gemeinsamen Selbstverwaltung als Strukturprinzip des Steuerungssystems	189
D.	Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	190
	<i>2. Abschnitt: Die Rechtsbeziehungen im Kassenarztrecht</i>	192
A.	Das Rechtsverhältnis zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse	192
I.	Das Sozialrechtsverhältnis	192
II.	Die Bedeutung des Sachleistungsprinzips	192
1.	Die rechtlichen Grundlagen	192
2.	Der Inhalt des Sachleistungsprinzips in Abgrenzung zum Kostenerstattungsprinzip	193
3.	Das Sachleistungsprinzip als Strukturprinzip des Steuerungssystems	194
B.	Das Rechtsverhältnis zwischen den Ärzten und den Krankenkassen	195
I.	Das Prinzip der Selbständigkeit der Leistungserbringung	195
1.	Die rechtlichen Grundlagen	195
2.	Der Grundsatz der Selbständigkeit der ärztlichen Leistungserbringung als Strukturprinzip des Steuerungssystems	196
II.	Die Kollektivierung der Rechtsbeziehungen	197
1.	Befund und Bedeutung der Kollektivierung der Rechtsbeziehungen	197
2.	Das Rechtsverhältnis Kassenarzt-Kassenärztliche Vereinigung	198
3.	Die Rechtsbeziehungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen	199

a)	Der besondere Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen	199
b)	Gewährübernahme gegenüber den Krankenkassen für eine ordnungsgemäße kassenärztliche Versorgung	200
c)	Die Vertretung der Rechte der Kassenärzte	200
d)	Die Verpflichtung zur Bezahlung der Gesamtvergütung	200
e)	Die Bestimmung der Modalitäten der Leistungserbringung durch Verträge und Richtlinien	200
C.	Das Rechtsverhältnis zwischen dem Vertragsarzt und dem Patienten	200
4.	KAPITEL: Die Angebotssteuerung	202
1.	<i>Abschnitt: Die Steuerung des Zugangs zur Kassenarztstätigkeit</i>	202
A.	Das Kassenarztmonopol	202
I.	Das Arztmonopol	203
II.	Versorgung nur durch Vertragsärzte	204
B.	Die Zulassung	204
I.	Das Zulassungsverfahren	205
II.	Die Zulassungsvoraussetzungen	205
1.	Die Approbation	206
a)	Deutsche oder EG-Staatsangehörige, staatenlose Ausländer	206
b)	Die ärztliche Ausbildung	207
aa)	Die Zulassung zum Medizinstudium	207
(1.)	Die allgemeine Hochschulreife	207
(2.)	Das besondere Zulassungsverfahren	207
bb)	Das Studium der Medizin	209
cc)	Die Tätigkeit als Arzt im Praktikum	210
dd)	Reformbestrebungen	211
ee)	Die Anerkennung ausländischer Studienabschlüsse	212
c)	Keine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs	212
d)	Keine Unfähigkeit oder Ungeeignetheit zur Ausübung des ärztlichen Berufs	213
2.	Die Weiterbildung	213
a)	Die allgemeinmedizinische Weiterbildung	213
b)	Die Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet	214
3.	Die Bedeutung der Anknüpfung der Zulassungsvoraussetzungen an berufsrechtliche Zugangsvoraussetzungen	215
4.	Die Altersgrenze der Zulassung	215
III.	Die Beendigung und die Entziehung der Zulassung	216
1.	Die Beendigung der Zulassung	216
2.	Die Entziehung der Zulassung	216
C.	Die Ermächtigung	217
I.	Rechtsnatur	217
II.	Verfahren	217

III. Voraussetzungen	218
1. Die Ermächtigung von Ärzten	218
2. Die Ermächtigung von ärztlich geleiteten Einrichtungen	218
D. Die Sonderregelungen für die neuen Bundesländer	219
2. Abschnitt: Die Bedarfsplanung	220
A. Die Aufstellung des Bedarfsplans	221
I. Das Verfahren	221
II. Der Inhalt	221
B. Die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen	222
I. Bei Unterversorgung	223
II. Bei Überversorgung	223
1. Die Neuregelung durch das Gesundheitsstrukturgesetz	223
2. Die Übergangsregelung	224
3. Erleichterung der Zugangsmöglichkeiten für junge Ärzte	225
4. Die Bedarfszulassung	225
C. Die Wirkungen der Bedarfsplanungsregelungen	226
D. Die Steuerung der Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten	227
3. Abschnitt: Die Steuerung der Struktur des ärztlichen Versorgungsangebots	228
A. Die Formen der ärztlichen Berufsausübung	228
I. Die Einzelpraxis als Regelfall	228
II. Die Zusammenarbeit von Ärzten	228
1. Wachsendes Bedürfnis nach gemeinschaftlicher Praxisausübung	228
2. Aktuelle Entwicklungen der berufs- und zivilrechtlichen Regelungen gemeinschaftlicher Praxisausübung	229
a) Die Zulässigkeit der Heilkunde-GmbH	229
b) Die Partnergesellschaft	230
c) Die krankenversicherungsrechtliche Zulässigkeit der Leistungserbringung in Form der Heilkunde-GmbH oder der Partnergesellschaft	230
3. Die Kooperationsformen des Kassenarztrechts	230
a) Die Praxisgemeinschaft	230
b) Die Gemeinschaftspraxis	231
c) Die Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen	232
B. Die fachliche Strukturierung des Angebots	232
I. Hausärztliche und fachärztliche Versorgung	232
1. Die Entwicklung des Steuerungsinstrumentariums	232
2. Die Abgrenzung der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung	233
a) Die hausärztliche Versorgung	234
aa) Der Inhalt der hausärztlichen Versorgung	234
bb) Die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung	234
b) Die fachärztliche Versorgung	235

3.	Die Flankierung der Aufspaltung in zwei Versorgungsarten durch das Vergütungsrecht	235
4.	Die Direktinanspruchnahme von Fachärzten	235
5.	Die Wirkungen der Gliederung in die hausärztliche und fachärztliche Versorgung	236
II.	Die Kooperation mit anderen Leistungserbringern des ambulanten Sektors	237
C.	Die Kooperation und Integration der verschiedenen Leistungssektoren des Gesundheitswesens, insbesondere von ambulanter ärztlicher Versorgung und stationärer Versorgung	238
I.	Dreiseitige Verträge zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten	239
II.	Stationäre Versorgung durch niedergelassene Ärzte (Belegarztsystem)	239
III.	Praxiskliniken	240
IV.	Das ambulante Operieren	240
V.	Vernetzte Praxen	240
5.	KAPITEL: Die Preissteuerung	242
1.	<i>Abschnitt: Das vertragsärztliche Vergütungssystem</i>	243
A.	Die erste Stufe des Honorierungsverfahrens: Die Vereinbarung der Gesamtvergütung im Gesamtvertrag	244
I.	Der Gesamtvertrag	244
1.	Die Vertragsparteien	244
2.	Der Inhalt des Gesamtvertrags	244
II.	Das Schiedsverfahren bei Nichtzustandekommen eines Gesamtvertrags	245
III.	Der Inhalt der Gesamtvergütung	246
IV.	Die Bestandteile der Gesamtvergütung	247
1.	Die Vergütungsformen	248
a)	Die Vergütung nach Festbeträgen	248
b)	Die Vergütung nach einer Kopfpauschale	248
c)	Die Vergütung nach einer Fallpauschale	249
d)	Die Vergütung nach Einzelleistungen	249
e)	Die Vergütung nach modifizierten Vergütungsformen	250
2.	Die Vergütungstarife	250
V.	Rechtliche Grenzen der Gesamtvergütungsvereinbarung	250
1.	Die gesetzliche Budgetierung	251
2.	Die Empfehlung der Spitzenverbände	252
3.	Gesetzliche Vorgaben für die Bestimmung der Gesamtvergütung	253
a)	Angemessenheit der Vergütung	253
b)	Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität	254
c)	Weitere Bemessungskriterien	255
B.	Der einheitliche Bewertungsmaßstab als Honorarordnung des Kassenarztrechts	255

I.	Rechtsnormqualität des einheitlichen Bewertungsmaßstabes	255
II.	Inhalt und Funktion des einheitlichen Bewertungsmaßstabs	255
1.	Der Inhalt des einheitlichen Bewertungsmaßstabs	255
2.	Die Steuerungsfunktion des einheitlichen Bewertungsmaßstabs	256
III.	Die Reformen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs	257
1.	Der gesetzliche Anpassungsauftrag	257
2.	Die EBM-Reform von 1987	258
3.	Die EBM-Reform von 1995	258
a)	Die Ziele und die gesetzlichen Vorgaben	258
b)	Die Neuregelungen	259
4.	Die Auswirkungen der EBM-Reform	260
C.	Die Verteilung der Gesamtvergütung	262
I.	Übersicht	262
II.	Der Honorarverteilungsmaßstab	262
1.	Verfahren und Rechtsqualität	262
2.	Der Inhalt	263
a)	Pflicht- und Ermessensinhalte	263
b)	Grundsätze der Gestaltung des Honorarverteilungsmaßstabs	264
c)	Aktuelle Entwicklungen bei der Ausgestaltung der Honorarverteilungsmaßstäbe	264
d)	Die Bedeutung des Honorarverteilungsmaßstabes als Steuerungsinstrument	265
3.	Der Honorarbescheid	266
	<i>2. Abschnitt: Einzelne Instrumente der indirekten Steuerung durch Vergütungsanreize</i>	267
A.	Die Steuerung der Menge der Laborleistungen	267
I.	Der gesetzliche Auftrag	267
II.	Die Reform der Laborleistungen	267
1.	Die Leistungen des Allgemeinlabors	267
a)	Praxisbudgets	267
b)	Überweisungsverbote	268
c)	Ausnahmen	268
2.	Leistungen der Speziallabors	268
3.	Umschichtung zugunsten der Hausärzte	268
III.	Die Wirkung der Neustrukturierung der Honorierung der Laborleistungen	269
B.	Die Steuerung der Leistungsvermittlungsfunktion der Ärzte durch Arznei- und Heilmittelbudgets und Richtgrößen	269
I.	Die geschichtliche Entwicklung der Rechtsgrundlagen	269
II.	Das Arznei- und Heilmittelbudget	270
III.	Die Vereinbarung von Richtgrößen	271
IV.	Die Bedeutung der Arznei- und Heilmittelbudgets und der Richtgrößen als Steuerungsinstrumente	272

1.	Überdurchschnittliche Ausgabensteigerungen im Arzneimittelsektor	272
2.	Die Verteilung der Steuerungskompetenzen	273
3.	Die Steuerungswirkungen	273
6.	KAPITEL: Die direkte Steuerung der ärztlichen Leistung	275
1.	Abschnitt: Normative Steuerung der ärztlichen Leistungserbringung	275
A.	Die normativen Vorgaben für die ärztliche Leistungserbringung im Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht	275
I.	Der Inhalt der vertragsärztlichen Versorgung	276
1.	Die Leistungserbringung	276
a)	Die ärztliche Behandlung	276
aa)	Die Definition	276
bb)	Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen	276
b)	Weitere ärztliche Leistungen	276
2.	Die Leistungsvermittlung	277
3.	Die Dokumentationstätigkeit	278
II.	Die gesetzliche Regelung der Leistungsansprüche der Versicherten	278
1.	Die gesetzliche Beschreibung der Leistungsarten	278
2.	Der gesetzliche Ausschluß von Leistungen	279
a)	Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	279
b)	Die Positivliste gem. § 34 a SGB V a.F.	280
III.	Die gesetzlichen Maßstäbe ärztlicher Leistung	281
1.	Qualität, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Humanität als allgemeine Maßstäbe der Leistungsgewährung, -anspruchnahme und -erbringung	281
a)	Das Regelungskonzept des SGB V	281
b)	Die Bedeutung der Maßstäbe	282
IV.	Die Ausfüllung der gesetzlichen Maßstäbe mit Hilfe untergesetzlicher Normen	284
1.	Die Übertragung von Normkonkretisierungsbefugnissen auf die gemeinsame Selbstverwaltung	284
2.	Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen	284
3.	Die Bedeutung der Richtlinien als Steuerungsinstrumente ärztlicher Leistung	285
B.	Das Verhältnis des Leistungsrechts und des Leistungserbringungsrechts bei der normativen Steuerung der ärztlichen Leistungserbringung	286
I.	Die notwendige Kongruenz des Leistungsrechts und des Leistungserbringungsrechts	286
II.	Vorrang der institutionellen Steuerung vor der normativen Steuerung?	286
III.	Die Integration von Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht	287
C.	Der Anspruch auf Leistungen der Alternativmedizin	288
2.	Abschnitt: Steuerung durch administrative Maßnahmen	290

A.	Steuerung unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit	290
I.	Die Abrechnungsprüfung - sachlich-rechnerische Richtigstellung	290
1.	Die gesetzliche Regelung	290
2.	Die Bedeutung der Abrechnungsprüfung als Steuerungsinstrument	291
II.	Die Wirtschaftlichkeitskontrolle	291
1.	Rechtsgrundlage	291
2.	Das formelle Recht der Wirtschaftlichkeitsprüfung	292
a)	Die Rechtsgrundlagen	292
b)	Überblick über das Verwaltungsverfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung	292
c)	Das Verfahren vor dem Prüfungsausschuß	293
d)	Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuß	293
3.	Das materielle Recht der Wirtschaftlichkeitsprüfung	294
a)	Gegenstand	294
b)	Prüfungsarten	295
c)	Die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung	295
aa)	Die Wirtschaftlichkeitsprüfung	295
(1.)	Die strenge Einzelfallprüfung	296
(2.)	Die repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung	296
(3.)	Die Prüfung nach Durchschnittswerten	297
(a)	Vergleichsgruppen	298
(b)	Vergleichsgrößen	298
(c)	Vergleich im engeren Sinn	299
bb)	Die Feststellung des unwirtschaftlichen Mehraufwands	300
cc)	Die Feststellung der Honorarkürzung bzw. des Arzneikostenregresses	301
dd)	Disziplinarmaßnahmen bei permanenter Unwirtschaftlichkeit	301
4.	Die Bedeutung der Wirtschaftlichkeitskontrolle als Steuerungsinstrument	302
III.	Steuerung durch Information	302
1.	Wirtschaftlichkeitsberatung	303
2.	Preisvergleichsliste	303
B.	Steuerung unter dem Gesichtspunkt der Qualität	303
I.	Die Regelung der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung in § 135 SGB V	305
1.	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	305
2.	Qualitätssicherung bei bestimmten eingeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	305
3.	Verfahren der Qualitätssicherung	306
4.	Qualitätsprüfung im Einzelfall	307
5.	Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren	308
II.	Schadensregreß	308



III. Die Bedeutung der gesetzlichen Instrumente der Sicherung der Qualität der Leistungserbringung	309
--	-----

TEIL 3: LANDESBERICHT BELGIEN

1. KAPITEL: Die historische Entwicklung der Steuerung ärztlicher Leistung vor dem Hintergrund der Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung	311
1. Abschnitt: Die Phase der subventionierten Freiheit	311
2. Abschnitt: Die Phase des Aufbaus der Sozialversicherungen	314
A. Die Einführung eines allgemeinen Systems sozialer Sicherheit durch das Beschlußgesetz vom 28.12.1944	315
B. Die Einführung einer Pflichtversicherung für den Krankheitsfall	316
3. Abschnitt: Die Phase des Ausbaus der gesetzlichen Krankenversicherung	318
A. Die Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung von 1945 bis zum Wet Leburton	318
I. Die Konflikte zwischen den Krankenkassen	318
II. Die fehlende Einbindung der Ärzte	319
III. Erste Versuche zur Konsolidierung des Systems sozialer Sicherheit	320
B. Das Wet Leburton	321
I. Die wichtigsten Reformbestimmungen des Wet Leburton	321
1. Die Trennung der Krankheitskostenversicherung von der Arbeitsunfähigkeits- und Invaliditätsversicherung	321
2. Die neue Finanzierungsstruktur	321
3. Die Einbindung der Ärzte durch Beteiligung an der Verwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung und durch das Vertragssystem	322
II. Der „Ärztekrieg“	323
C. Die goldenen 60er Jahre	324
I. Die Ausdehnung des Anwendungsbereichs der gesetzlichen Krankenversicherung	325
II. Die Instabilität des Finanzierungssystems	325
III. Die Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Ärzten	326
D. Der Beginn der 70er Jahre	326
4. Abschnitt: Die Krise des Wohlfahrtsstaats	327
A. Die Programmgesetze 1975 – 1980	327
B. Die Krisengesetzgebung bis zum Ende der 80er Jahre	328
C. Die Zunahme der staatlichen Interventionen in den 90er Jahren	330
I. Überblick	330
II. Die Organisationsreform des RIZIV und die Neuordnung des Haushaltsaufstellungs- und -kontrollverfahrens	332

III. Die Neuregelung der finanziellen Verantwortlichkeit der Krankenkassen	332
IV. Die Reform des Finanzierungsverfahrens der gesetzlichen Krankenversicherung	334
V. Die zunehmende staatliche Intervention in die Beziehungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und den Ärzten	334
D. Ausblick	336
2. KAPITEL: Die Verortung des Kassenarztrechts in der belgischen Rechtsordnung	337
1. Abschnitt: Die Bedeutung des Verfassungsrechts	338
A. Die Bindung staatlichen Handelns an die Verfassung	338
I. Der Grundsatz der Unantastbarkeit des Gesetzes	338
II. Eine Verfassungsgerichtsbarkeit mit beschränkter sachlicher Zuständigkeit	339
B. Formale Vorgaben	340
I. Die föderalstaatliche Ordnung und die Verteilung der legislativen und exekutiven Kompetenzen im Bereich des Gesundheitswesens	340
1. Überblick über die Reformen der Staatsstruktur	341
a) Die Bildung der Sprachgebiete	341
b) Die Bildung der Gemeinschaften und Regionen	341
c) Der Schiedshof	342
d) Die Verteilung der Kompetenzen	342
e) Der Transfer von Kompetenzen zwischen den föderalen Untergliederungen	343
2. Das Ergebnis der Staatsreformen: ein bipolarer, zentrifugaler und asymmetrischer Föderalismus	344
3. Die Neuverteilung der Gesetzgebungs- und Verwaltungskompetenzen im Bereich des Gesundheitswesens	346
II. Die Staatsorganisation	347
1. Die Legislative	347
a) Der König	347
b) Die Abgeordnetenversammlung und der Senat	348
c) Das Gesetzgebungsverfahren	348
2. Die Exekutive	349
a) Die Ausübung der Exekutive durch den König	349
b) Die Befugnisse der Exekutive	350
aa) Königliche Beschlüsse	350
(1.) Königliche Beschlüsse zur Ausführung von Gesetzen	350
(2.) Vollmachtsbeschlüsse	350
(3.) Königliche Beschlüsse aufgrund außerordentlicher Ermächtigung	350
(4.) Königliche Beschlüsse aufgrund der eigenen Regelungsbefugnisse der Exekutive	351

bb)	Ministerielle Beschlüsse	351
cc)	Die administrative Exekutive	351
3.	Die Judikative	352
a)	Die gerichtliche Prüfung von staatlichen Steuerungsakten	352
b)	Die Arbeits- und Sozialgerichtsbarkeit	353
C.	Materiale Vorgaben	353
I.	Die Einführung der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Grundrechte durch die 4. Staatsreform	354
II.	Die Bedeutung der sozialen Grundrechte	355
2.	<i>Abschnitt: Das Kassenarztrecht als Teil des Arztrechts</i>	356
A.	Das ärztliche Berufsrecht	356
I.	Das staatliche Berufsrecht	356
II.	Das ärztliche Standesrecht	357
1.	Die gesetzlichen Grundlagen	357
2.	Die Orde der Geneesheren	357
3.	Die Standesgerichtsbarkeit	358
4.	Der Code van geneeskundige plichtenleer	358
B.	Das Privatrecht	359
C.	Das Arbeitsrecht und das Beamtenrecht	359
D.	Das Strafrecht	360
E.	Das Kassenarztrecht	361
I.	Die Überlagerung des ärztlichen Berufsrechts durch das Kassenarztrecht	361
II.	Die Rechtsgrundlagen des Kassenarztrechts	362
1.	Das Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen	362
2.	Die untergesetzlichen Normen	363
a)	Die Königlichen und Ministeriellen Beschlüsse - die „Nomenklatur“	363
b)	Rechtsnormen der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung	363
aa)	Die Konventionen Ärzte – Krankenkassen	363
bb)	Die Verordnungen des Versicherungskomitees	364
cc)	Die Rundschreiben des RIZIV	365
3.	<i>KAPITEL: Institutionelle Steuerung</i>	365
1.	<i>Abschnitt: Die Mehrstufigkeit des Steuerungssystems</i>	365
A.	Funktionale Mehrstufigkeit	365
I.	Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung	365
1.	Das Reichsinstitut für die Kranken- und Invaliditätsversicherung	366
2.	Die Versicherungseinrichtungen	367

II.	Das Verhältnis von staatlicher Steuerung und parastaatlicher Steuerung	369
1.	Der Vorrang der staatlichen Steuerung	369
2.	Die Aufsicht	370
III.	Die Koordination der verschiedenen Steuerungsebenen und -organe	371
B.	Die Organisationsstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung	372
I.	Das RIZIV und seine Organe	372
1.	Das Allgemeine Verwaltungskomitee	372
2.	Die Dienste des RIZIV	373
3.	Der Dienst für die medizinische Versorgung	373
a)	Überblick über die Organe des Dienstes für medizinische Versorgung	374
aa)	Der Allgemeine Rat der Versicherung für die medizinische Versorgung	374
bb)	Das Versicherungskomitee	375
cc)	Die Kommission für Haushaltskontrolle	376
dd)	Der wissenschaftliche Rat	378
ee)	Die Vertrags- und Konventionskommissionen	379
ff)	Die technischen Räte	380
gg)	Die Profilkommissionen	380
hh)	Das Kollegium von leitenden Ärzten	381
b)	Die Zusammenarbeit der Organe des Dienstes für medizinische Versorgung bei der Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung	382
aa)	Das Verfahren der Haushaltsaufstellung	382
bb)	Die Aufstellung der Nomenklatur	384
c)	Die Vertretung der Ärzte in den Organen des Dienstes für die medizinische Versorgung	386
aa)	Die ärztlichen Berufsorganisationen	386
bb)	Die Diskussionen um die „repräsentative Vertretung“	387
4.	Der Dienst für administrative Kontrolle	388
5.	Der Dienst für die medizinische Kontrolle	389
a)	Das Komitee des Dienstes für medizinische Kontrolle	390
aa)	Die Zusammensetzung des Komitees	390
bb)	Die Aufgaben	390
b)	Die medizinischen Inspektoren	391
c)	Die Gerichtskammern	391
d)	Die Berufungskommission	392
e)	Die Kontrollkommission und die Berufungskommission	392
II.	Die Versicherungseinrichtungen	393
1.	Die Krankenkassen	393
a)	Die Rechtsgrundlagen	393
b)	Die Rechtsnatur der Krankenkassen	394

2. Die nationalen Verbände	394
3. Organisationsstruktur	395
a) Die Organe und ihre Aufgaben	395
b) Die Zusammensetzung der Organe	396
aa) Die Allgemeine Versammlung	396
bb) Der Verwaltungsrat	396
4. Der Dienst für die Kontrolle der Krankenkassen	396
5. Die beratenden Ärzte der Krankenkassen	397
<i>2. Abschnitt: Die Rechtsbeziehungen im Kassenarztrecht</i>	398
A. Das Verhältnis Versicherter - Arzt	398
I. Die freie Arztwahl	398
II. Der privatrechtliche Vertrag zwischen Arzt und Patient	399
B. Das Verhältnis zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse	400
I. Das Versicherungsverhältnis	400
1. Die Versicherungspflicht	400
2. Die Beitragspflicht	401
II. Das Leistungsverhältnis	401
1. Die Leistungsvoraussetzungen	401
a) Der Mindestbeitrag	401
b) Die Inanspruchnahme zugelassener Leistungserbringer	402
c) Die Genehmigung durch den beratenden Arzt der Krankenkasse	403
2. Die Leistungen	403
a) Der Leistungskatalog des Art. 34 GVV-Wet	403
b) Die Leistungen des besonderen Solidaritätsfonds	404
c) Einzelne Leistungen	404
3. Das Kostenerstattungsprinzip und seine Ausnahmen	405
4. Die Eigenbeteiligung	406
C. Das Verhältnis Arzt - Träger der gesetzlichen Krankenversicherung	407
I. Der Arztberuf als freier Beruf	407
II. Die Bindung des Arztes durch die Konventionen	408
<i>4. KAPITEL: Die Angebotssteuerung</i>	408
<i>1. Abschnitt: Die Steuerung des Zugangs zur Kassenarztztätigkeit</i>	408
A. Das Arztmonopol	408
I. Die freie Arztwahl der Versicherten gem. Art. 127 § 1 GVV-Wet	408
II. Die berufsrechtlichen Voraussetzungen des Zugangs zur ärztlichen Tätigkeit	410
1. Die Abgrenzung der Tätigkeitsfelder der medizinischen Berufe	410
2. Das ärztliche Heilkundemonopol	411
III. Die Bedeutung des berufsrechtlichen Heilkundemonopols	411
1. Die Allgemeinheit des Heilkundemonopols	411
2. Die Exklusivität des Heilkundemonopols	412

IV.	Die Regelung des Verhältnisses der Ärzte zu anderen Gesundheitsberufen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung	414
B.	Der Erwerb des gesetzlichen Diploms eines Doktors der Medizin, Chirurgie und Geburtskunde	415
I.	Der Zugang zum Medizinstudium	416
1.	Die Diskussion über die Einführung von Zugangsbeschränkungen	416
2.	Die Voraussetzungen der Zulassung zum Medizinstudium	418
II.	Der Aufbau des Studiums und die Prüfungen	419
1.	Die Kandidatur	419
2.	Das Doktorat	420
III.	Ausnahmen	420
1.	Die Befreiung von der Voraussetzung eines den belgischen Vorschriften entsprechenden ärztlichen Diploms	420
2.	Die Anerkennung ausländischer Studienabschlüsse	421
C.	Weitere Voraussetzungen des Zugangs zum Arztberuf	421
I.	Das Visum	422
1.	Die Visumspflicht	422
2.	Ausnahmen von der Visumspflicht	422
3.	Die Entziehung des Visums	422
II.	Die Einschreibung auf der Liste der Ärztekammer	423
D.	Die gebietsärztliche Spezialisierung als Voraussetzung der Erstattungsfähigkeit ärztlicher Leistungen	423
I.	Die Entstehung und Entwicklung gesetzlicher Regelungen der gebietsärztlichen Spezialisierung	423
1.	Die Bedeutung der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung	423
2.	Der berufsrechtliche Schutz der Gebietsarzttitle	425
II.	Das Verfahren und die Voraussetzungen gebietsärztlicher Spezialisierung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung	426
1.	Das Verfahren	426
2.	Die allgemeinen Voraussetzungen der Zulassung	427
a)	Die Genehmigung des Weiterbildungsplans	428
b)	Die Zulassung von Weiterbildungsleitern und Weiterbildungsstationen	428
3.	Die besonderen Zulassungsvoraussetzungen	430
a)	Die besonderen Zulassungsvoraussetzungen für Allgemeinärzte	430
b)	Die besonderen Zulassungsvoraussetzungen für die Fachärzte	431
III.	Die Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit von Ärzten aus Mitgliedsstaaten der europäischen Gemeinschaft	431
E.	Besondere Formen der Angebotssteuerung	432
I.	Die Zulassung von Labors für klinische Biologie	432
1.	Die Befolgung der einschlägigen Regelungen des Krankenhausrechts	433

2.	Die krankenversicherungsrechtliche Zulassung	434
3.	Die Genehmigung durch den Minister für soziale Angelegenheiten	435
II.	Die geplante Zulassung von Leistungserbringern im Sektor der medizinischen Bildwiedergabe	435
III.	Die Steuerung der medizinisch-technischen Großgeräte	435
1.	Die Großgerätesteuerung im Krankenhausrecht	436
2.	Die Großgerätesteuerung im Krankenversicherungsrecht	437
2.	<i>Abschnitt: Die Steuerung der Struktur des ärztlichen Versorgungsangebots</i>	438
A.	Die Freiheit bei der Wahl der Form der Berufsausübung	438
I.	Die Niederlassung in der Einzelpraxis	438
II.	Die Gemeinschaftspraxen	438
B.	Die ambulante Versorgung durch Krankenhausärzte	439
I.	Die Entwicklung der gesetzlichen Grundlagen der ambulanten Tätigkeit der Krankenhausärzte	440
II.	Die Regelungen des Wet op de Ziekenhuizen	441
1.	Das allgemeine Statut des Krankenhauses	441
2.	Das individuelle Rechtsverhältnis	442
a)	Die möglichen Arten des Beschäftigungsverhältnisses	443
b)	Die Abgrenzung zwischen dem Angestelltenverhältnis und der selbständigen Tätigkeit	443
III.	Die Entscheidung über die Annahme als Krankenhausarzt	444
1.	Die Regelungen des Wet op de Ziekenhuizen	444
2.	Die Bedeutung der Krankenhausplanung für die ambulante Versorgung	445
IV.	Die Verzahnung des stationären und des ambulanten Sektors	445
1.	Verzahnung über die an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Krankenhausärzte	445
2.	Andere Formen der Integration des ambulanten und des stationären Sektors	446
5.	<i>KAPITEL: Die Preissteuerung</i>	447
1.	<i>Abschnitt: Das Kostenerstattungsprinzip im belgischen System der gesetzlichen Krankenversicherung</i>	447
A.	Die Rechtsgrundlagen	447
B.	Das Kostenerstattungsprinzip und die Honorierung ärztlicher Leistung	448
C.	Die Koppelung von Honorar- und Erstattungstarif	449
2.	<i>Abschnitt: Die Honorarkonventionen</i>	450
A.	Das Zustandekommen der Konventionen	450
I.	Die Vertragsdauer	450
II.	Das Verfahren	451
1.	Die Beratung und der Beschluß der Konventionen und das Genehmigungsverfahren	451

2.	Das Verfahren bei Nichtzustandekommen einer Konvention	452
3.	Das Inkrafttreten der Konvention	452
4.	Das Verfahren bei vertragslosem Zustand	453
B.	Der Inhalt der Konventionen	453
I.	Die Form der Honorare	453
1.	Die Einzelleistungsvergütung	453
2.	Die pauschale Honorierung	454
a)	Die Vereinbarung der pauschalen Honorierung	454
b)	Die pauschale Honorierung der Laborleistungen	454
II.	Die Festlegung der Honorartarife	455
III.	Die Zustimmung zu Nomenklaturänderungen	456
IV.	Die Korrekturmaßnahmen	456
V.	Die Vereinbarungen über das soziale Statut der gebundenen Ärzte	457
VI.	Die Konvention als multifunktionales Steuerungsinstrument	458
1.	Die Bedeutung der Konventionen bei der Fortentwicklung des Kassenzarztrechts	458
2.	Die Akkreditierung	459
a)	Begriff und Bedeutung	459
b)	Das Verfahren der Akkreditierung	459
c)	Voraussetzungen der Akkreditierung als Allgemeinarzt	459
d)	Voraussetzungen der Akkreditierung als Facharzt	460
e)	Die Honorierung der akkreditierten Ärzte	460
C.	Die Grenzen der Preissteuerungskompetenz der Konventionskommissionen	461
I.	Das allgemeine Budget für die ärztliche Versorgung	461
1.	Die Festsetzung des Budgets	461
2.	Die Budgetsicherungsmaßnahmen	461
II.	Das Budget für die Leistungen der klinischen Biologie und das Budget für Leistungen der medizinischen Bildwiedergabe	462
1.	Die Festsetzung der Budgets	462
2.	Die Budgetsicherungsmaßnahmen	462
D.	Die individuelle Geltung der Konvention	463
I.	Die Bindung der Ärzte	463
II.	Ausnahmen	463
III.	Sanktionen bei unzulässiger Überschreitung der Tarife	464
3.	Abschnitt: Die Nomenklatur	465
A.	Die Aufstellung und Änderung der Nomenklatur	465
I.	Die Rechtsnatur der Nomenklatur	465
II.	Das Verfahren der Aufstellung und Änderung der Nomenklatur	465
III.	Die Interpretation der Nomenklatur	465
B.	Die Inhalte der Nomenklatur	466
I.	Die Konkretisierung der Versichertenansprüche	466
1.	Die Aufzählung der erstattungsfähigen Einzelleistungen	466

2. Die Bedingungen der Leistungserbringung	466
II. Die Kodierung der Leistungen	467
C. Die Nomenklatur als multifunktionales Steuerungsinstrument	468
I. Die Konkretisierung des Leistungsanspruchs des Versicherten und Anpassung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkasse	468
II. Die Nomenklatur als Gebührenordnung	469
III. Die Steuerung der Leistungserbringung	469
4. <i>Abschnitt: Die Abwicklung der Honorierung</i>	469
A. Die niedergelassenen Ärzte	469
B. Die Krankenhausärzte	470
I. Die duale Finanzierung des Krankenhauses und ärztliche Honorierung	470
II. Die Regelung der ärztlichen Honorierung im allgemeinen Statut und in den individuellen Rechtsverhältnissen	471
III. Die möglichen Vergütungsvereinbarungen zwischen Arzt und Krankenhaus	471
IV. Die Einziehung der Honorare durch das Krankenhaus	472
V. Die Bindung der Krankenhausärzte an die krankenversicherungs- rechtlichen Honorartarife	473
VI. Die Vergütung der vom Krankenhaus zur Verfügung gestellten Infrastruktur	475
6. <i>KAPITEL: Die direkte Steuerung</i>	475
1. <i>Abschnitt: Normative Steuerung</i>	476
A. Der Grundsatz der Therapiefreiheit	476
I. Die rechtlichen Grundlagen	476
II. Die Bedeutung der Therapiefreiheit	476
B. Die Beschreibung der Leistungsinhalte im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung	477
I. Der Leistungskatalog des Art. 34 GVVU-Wet	477
1. Übersicht	477
2. Die alternativen Behandlungsmethoden	478
II. Der Einzelleistungskatalog der Nomenklatur	479
III. Die Erbringung von Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der Nomenklatur aufgeführt sind	479
C. Die krankenversicherungsrechtlichen Maßstäbe der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistung	480
I. Die rechtlichen Grundlagen	480
1. Art. 73 GVVU-Wet	480
2. Art. 66 GVVU-Wet	482
2. <i>Abschnitt: Administrative Maßnahmen zur Gewährleistung von Qualität und Wirtschaftlichkeit</i>	482
A. Die Steuerung der Qualität	482

I.	Die Qualitätssicherung bei den Laborleistungen	483
II.	Die Akkreditierung als Instrument der Qualitätssicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung	483
III.	Die Evaluierung der medizinischen Praxis	484
IV.	Die Qualitätssicherungsinitiativen im Bereich der Krankenhausleistungen	484
B.	Die Überprüfung der Leistungen auf Realität und Konformität mit den gesetzlichen Vorschriften	485
C.	Die Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Versorgung	485
I.	Die präventive Wirtschaftlichkeitssteuerung durch die beratenden Ärzte der Krankenkassen	485
II.	Die Steuerung durch Information	486
1.	Information als Grundlage der Kontrolle	486
2.	Information als Voraussetzung für Verhaltensänderungen	487
III.	Die Wirtschaftlichkeitskontrolle mit Sanktionen	488
1.	Die Wirtschaftlichkeitskontrolle durch die Kontrollekommission beim Dienst für medizinische Kontrolle	488
a)	Die Kontrollekommission	488
b)	Das Verfahren der Kontrolle	489
c)	Der Rechtsweg gegen Entscheidungen der Kontrollkommission	490
2.	Die Kontrolle der Leistungsvermittlung	490
D.	Bewertung des Instrumentariums der Leistungssteuerung	491

TEIL 4: RECHTSVERGLEICH

1.	<i>KAPITEL: Die historische Entwicklung der Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung</i>	493
1.	<i>Abschnitt: Eine grobe Parallelität der Entwicklungen</i>	493
A.	Das Regelungsdefizit im Bereich der Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern bei Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung	493
B.	Die Auseinandersetzungen um die Ausgestaltung der rechtlichen Beziehungen im Kassenarztrecht	494
I.	Die unterschiedlichen Interessenlagen in Belgien und Deutschland	494
II.	Interessenausgleich in privatrechtlichen Kollektivverträgen	495
III.	Die Übernahme der kollektivvertraglichen Absprachen in das Krankenversicherungsrecht	496
IV.	Die Stabilisierung der Beziehungen zwischen den Ärzten und den Krankenkassen	496
2.	<i>Abschnitt: Ein grundsätzlicher Wandel: Die Steuerungseingriffe des Staates in der Krise des Wohlfahrtsstaates</i>	498

A.	Eine Vielzahl von Reformgesetzen	498
B.	Qualitativer Wandel der Steuerungseingriffe	499
	<i>2. KAPITEL: Die Verortung des Kassenarztrechts in der Gesamtrechtsordnung</i>	501
	<i>1. Abschnitt: Die Bedeutung des Verfassungsrechts</i>	501
A.	Die Bindung staatlichen Handelns an die Verfassung	501
B.	Formale Vorgaben der Verfassung für die Gestaltung des Sozialstaats	502
	I. Die Sozialversicherung in der föderalstaatlichen Ordnung	502
	II. Verfassungsrechtliche Organisationsvorgaben	503
C.	Materiale Vorgaben für die Lösung der sozialstaatlichen Zielkonflikte	503
	<i>2. Abschnitt: Das Kassenarztrecht als Teil des Arztrechts</i>	505
A.	Die Ausdifferenzierung des Kassenarztrechts	505
B.	Die Zusammenhänge zwischen dem primären und dem sekundären Regelungskreis	505
	I. Primärer und sekundärer Regelungskreis	505
	II. Überlagerung von primärem und sekundärem Regelungskreis	506
C.	Regelungsdichte und Normwidersprüche	507
	<i>3. KAPITEL: Institutionelle Steuerung</i>	508
	<i>1. Abschnitt: Die Mehrstufigkeit des Steuerungssystems</i>	508
A.	Funktionale Mehrstufigkeit	508
	I. Selbstverwaltung durch autonome Träger der gesetzlichen Krankenversicherung	509
	1. Autonome Träger als Organisationsmerkmal der gesetzlichen Krankenversicherung	509
	a) Die Gemeinsamkeit: Institutioneller Pluralismus	509
	b) Politisch-ideologische versus berufsständische und territoriale Solidarität	509
	c) Zentrale versus dezentrale autonome Träger	510
	2. Die Selbstverwaltung als Ordnungsmodell für das Gesundheitssystem	511
	a) Betroffenenrepräsentation	512
	aa) Die Beitragszahler	512
	bb) Beteiligung Dritter	513
	b) Die eigenverantwortliche Wahrnehmung gesetzlich zugewie- sener Aufgaben	514
	aa) Eigenverantwortliche Aufgabenwahrnehmung im Verhältnis zu den Versicherten	514
	bb) Eigenverantwortliche Aufgabenwahrnehmung im Verhältnis zu den Leistungserbringern	515
	c) Staatliche Kontrolle als Pendant der Selbstverwaltung	517
	II. Gemeinsame Selbstverwaltung versus Anstaltsmodell	519
	1. Zentrale versus dezentrale Steuerung	520
	2. Offene Integration versus Zwangsorganisation der Ärzte	521

a)	Die offene Integration der Ärzte in Belgien	521
b)	Die Zwangsorganisation der Ärzte in Deutschland	521
3.	Kollektivierung der Rechtsbeziehungen versus individuelle Rechtsbeziehungen	522
4.	Staatliche Durchsetzungsgarantien versus Normsetzungsbefugnisse	523
III.	Rückkoppelung und Koordinierung	523
2.	<i>Abschnitt: Föderale Mehrstufigkeit</i>	525
A.	Gesetzgebungs- und Verwaltungszuständigkeiten	525
I.	Allgemeine Grundsätze der föderalen Zuständigkeitsverteilung	525
II.	Die Verteilung der Zuständigkeiten hinsichtlich der gesetzlichen Krankenversicherung	525
B.	Territoriale Zentralisierung versus Dezentralisierung der autonomen Träger	526
4.	<i>KAPITEL: Die Angebotssteuerung</i>	527
1.	<i>Abschnitt: Die Steuerung der Teilnahme der Ärzte an der ambulanten medizinischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung</i>	527
A.	Arztmonopol und freie Arztwahl	527
I.	Das Arztmonopol als Übertragungsmechanismus für berufsrechtliche Qualifikationsstandards und standesrechtliche Berufsausübungsregelungen	527
II.	Freie Arztwahl	527
III.	Das Kassenarztmonopol	528
B.	Die Zugangsvoraussetzungen	529
I.	Studium der Medizin und Approbation	529
1.	Zugangsbeschränkungen zum Medizinstudium	529
2.	Das Medizinstudium	530
II.	Weiterbildung	530
III.	Altersgrenzen	531
IV.	Ausschluß von der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung	532
C.	Die Kapazitätssteuerung	532
I.	Die Diskussion um die Notwendigkeit kapazitätssteuernder staatlicher Interventionen	532
II.	Formen der Kapazitätssteuerung	533
1.	Die Beschränkung der Ausbildungskapazitäten	533
2.	Die Beschränkung der Zahl der Kassenärzte	534
3.	Die Großgerätesteuerung	535
2.	<i>Abschnitt: Die Steuerung der Struktur des ärztlichen Versorgungsangebots</i>	537
A.	Formen der ärztlichen Berufsausübung	537
I.	Die Niederlassung in der Einzelpraxis als Regelfall	537

II. Wachsender Bedarf an gemeinschaftlicher Praxisausübung	537
B. Die fachliche Struktur des Versorgungsangebots	538
I. Die zentrale Rolle des Arztes im ambulanten Sektor	538
II. Hausärztliche und fachärztliche Versorgung	538
III. Die Diskussion um die Einführung eines Primärarztsystems	539
C. Kooperation und Integration der verschiedenen Sektoren der medizinischen Versorgung	540
5. KAPITEL: Die Preissteuerung	541
1. Abschnitt: Das System der Preissteuerung	541
A. Kostenerstattungsprinzip versus Sachleistungsprinzip	541
I. Die Geltung des Kostenerstattungs- bzw. des Sachleistungsprinzips	541
II. Die Bedeutung des Sachleistungs- und des Kostenerstattungsprinzips	542
B. Die Mehrstufigkeit der Vergütungssysteme	543
I. Die Vereinbarung der Vergütung	543
1. Das Verfahren	543
a) Mitwirkungstragenes Normsetzungsverfahren versus vertragsärztliche Kollektivverträge	543
b) Die Bindung der Ärzte an die Vergütungsvereinbarungen	544
c) Das Verfahren bei Nichtzustandekommen der Vereinbarung über die Vergütungstarife	545
2. Der Inhalt der Honorarvereinbarungen	545
3. Die Bindung der Honorarvereinbarungen an gesetzliche Kostenziele	546
II. Die Honorarordnungen	547
III. Die Abwicklung der Honorierung	548
2. Abschnitt: Die Steuerung durch die Preise	548
A. Die Multifunktionalität der Preise	548
I. Die Steuerung durch Preise unter den Bedingungen des Kostenerstattungs- und des Sachleistungsprinzips	549
II. Die Steuerung einzelner Parameter der ambulanten ärztlichen Versorgung durch die Preise	549
1. Mengensteuerung	549
2. Steuerung von Inhalt, Struktur und Qualität der Leistungen	550
B. Die Grenzen der Steuerung durch Preise	550
I. Steuerungskapazität des Preises	550
II. Vermeidung von Zielkonflikten	551
III. Die Verflechtung der Steuerungsinstrumente	551
6. KAPITEL: Die direkte Steuerung der Leistungserbringung	552
1. Abschnitt: Normative Steuerung	552
A. Zunahme der direkten Steuerung der Leistungserbringung durch normative Vorgaben	552
B. Die Begrenzung des ärztlichen Leistungsspektrums	552

I.	Die Aufzählung der Leistungen in einem Leistungskatalog	552
II.	Die offene Beschreibung des Leistungsspektrums durch Bezugnahme auf den Tatbestand der Krankheit	553
C.	Die gesetzlichen Maßstäbe ärztlicher Leistung	554
I.	Qualität, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Humanität als krankenversicherungsrechtliche Maßstäbe ärztlichen Handelns	554
II.	Die Offenheit der Maßstäbe	555
III.	Die Konkretisierung der Maßstäbe	556
	<i>2. Abschnitt: Administrative Steuerung</i>	557
A.	Abrechnungskontrolle	557
B.	Kontrolle der Wirtschaftlichkeit	558
C.	Steuerung durch Information	559
D.	Instrumente der Qualitätssteuerung	559
	<i>7. KAPITEL: Zusammenfassung und Bewertung</i>	561
	<i>1. Abschnitt: Die unterschiedlichen Steuerungsansätze des deutschen und des belgischen Kassenarztrechts</i>	561
A.	Offenheit und Geschlossenheit der Steuerungssysteme	561
B.	Die Bedeutung der unterschiedlichen Steuerungsansätze für die Versicherten	562
C.	Steuerungsziele im offenen und im geschlossenen System	563
	<i>2. Abschnitt: Unterschiedliche Interessenbewertungen</i>	564
	<i>3. Abschnitt: Interessengerechte Gestaltung des Steuerungssystems</i>	565
	<i>Literaturverzeichnis</i>	569