

**SCHWERPUNKTKLAUSUR VERTRAGSARZTRECHT**

Lösungsskizze:

**Aufgabe 1**

1.

Die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind nach geltender Rechtslage berechtigt, Arzneykostenregresse wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise festzusetzen. Rechtsgrundlage für die Festsetzung von Verordnungsregressen ist § 106 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 Satz 3 SGB V. Danach können die Landesverbände der Krankenkasse und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über die in § 106 Abs. 2 Satz 1 SGB V vorgesehenen Prüfungen hinaus andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren. In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt werden können. Von dieser Kompetenz haben die Partner nach der PV Gebrauch gemacht.

2.

Die strittige Verordnung ist unzulässig, da sie gesetzlich ausgeschlossen ist (vgl. SG Marburg, Urteil v. 01.02.2012 - S 12 KA 16/11 -, Berufungsentscheidung LSG Hessen, Urteil v. 23.01.2013 - L 4 KA 17/12 -, beide [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris; s. auch SG Dresden, Urt. v. 14.12.2011 - S 18 KA 853/08 - juris; SG Stuttgart, Urteil v. 11.05.2012 - S 19 KR 7248/09 - juris).

Nach § 24a Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung. Zur ärztlichen Beratung gehören auch die erforderliche Untersuchung und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln. Nach Abs. 2 haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Lebensjahr Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln, soweit sie ärztlich verordnet werden.

Eine Verordnung nach § 24a Abs. 2 SGB V scheidet bei Versicherten wie V aus, die bereits das 20. Lebensjahr vollendet hatte. Eine Ausnahmeregelung, auch nicht für geistig schwer behinderte Versicherte, sieht das SGB V nicht vor. Darüber hinaus haben nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V umfasst die Krankenbehandlung auch die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Nach der Rechtsprechung des BSG sind empfängnisverhütende Mittel in Form oraler Kontrazeptiva jedoch grundsätzlich keine Arzneimittel im Sinne des § 31 SGB V. Das gilt jedenfalls dann, wenn diese Mittel bestimmungsgemäß zur Verhinderung einer unerwünschten Schwangerschaft eingenommen werden (vgl. BSG, Urt. v. 31.08.2000 - B 3 KR 11/98 R - SozR 3-2500 § 35 Nr. 1 = BSGE 87, 95 = MedR 2001, 530 = USK 2000-187, juris Rdnr. 31; SG Düsseldorf, Urt. v. 29.07.2009 - S 14 KA 166/07 – juris, Rdnr. 23 ff.).

Eine verfassungskonforme bzw. analoge Anwendung des § 24a Abs. 2 SGB V mit dem Ziel, von einer Verordnungsfähigkeit auszugehen, kommt nicht in Betracht. Insofern handelt es sich um eine politische Entscheidung des Gesetzgebers, empfängnisverhütende Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen auszuschließen. Solche Arzneimittel dienen auch nicht der Krankheitsbekämpfung, sondern der Verhütung einer Schwangerschaft, worunter eine Krankheit nicht zu verstehen ist. Insofern sind sie zunächst generell vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen und erfolgt durch § 24a SGB V ihre Einbeziehung für einen Versichertenkreis unter 20 Jahren. § 24a SGB V lässt Ausnahmen nicht zu, weder im Hinblick auf eine Behinderung noch im Hinblick auf die Einkommenssituation, auch wird nicht der gemeinsame Bundesausschuss zu einer entsprechenden Regelung ermächtigt.

Die Mittel werden auch nicht unmittelbar zu therapeutischen Zwecken eingesetzt, sondern zur Verhinderung einer Schwangerschaft. Die Klägerin geht davon aus, dass die Versicherten aufgrund ihrer geistigen Behinderung von einer Schwangerschaft bewahrt werden sollten. Damit werden die strittigen Verordnungen zur Verhinderung einer Schwangerschaft eingesetzt. Soweit A auf die Konsequenzen einer Schwangerschaft bei den von ihr genannten Patientinnen hinweist, so handelt es

sich bei der Empfängnisverhütung eben um eine präventive Maßnahme und nicht um die Behandlung einer bereits bestehenden Krankheit. Es soll dadurch der Ausbruch einer Krankheit verhindert werden, nicht aber eine bestehende Krankheit bekämpft werden. Auch dient der Einsatz nicht in Kombination zu einem Mittel zur Krankheitsbekämpfung. Ein solcher Sachverhalt lag der Entscheidung des Bundessozialgerichts aus dem Jahre 1990 zugrunde (vgl. BSG, Urt. v. 24.01.1990 - 3 RK 18/88 - SozR 3-2200 § 182 Nr. 1 = BSGE 66, 163 = NJW 1990, 2343).

Anmerkung:

Möglicherweise sind andere Kostenträger (gegenüber V) leistungspflichtig. Insofern kommt eine Kostenübernahme nach § 49 SGB XII („Zur Familienplanung werden die ärztliche Beratung, die erforderliche Untersuchung und die Verordnung der empfängnisregelnden Mittel geleistet. Die Kosten für empfängnisverhütende Mittel werden übernommen, wenn diese ärztlich verordnet worden sind.“) in Betracht. BSG, Urteil v. 15.11.2012 - B 8 SO 6/11 R - BSGE 112, 188 = SozR 4-3500 § 49 Nr. 1 = NVwZ-RR 2013, 649 = EzSG G 5/553/Nr. 2, 401h-401q = ZFSH/SGB 2013, 535 verneint einen solchen Anspruch. Danach ist die Übernahme von Kosten für Empfängnisverhütungsmittel einer über 20-jährigen Frau als Hilfe zur Gesundheit im Rahmen der Sozialhilfe ebenso ausgeschlossen wie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Soweit das Sozialhilferecht (§ 37b Satz 2 Nr. 2 BSHG) nach Einführung von § 24a SGB V inhaltlich unverändert geblieben, sodass sich für Hilfeempfänger nach dem BSHG (seit dem 1.1.2001 auf Grundlage der entsprechenden Regelung in § 36 Satz 2 BSHG) ein gegenüber den Leistungen der GKV weitergehender Anspruch ergeben habe, sei diese Begünstigung Hilfebedürftiger nach dem BSHG zum 1.1.2004 entfallen. Seither bestimme § 38 Abs. 1 Satz 1 BSHG (i.d.F., die die Norm durch Art 28 Nr. 4 Buchst c GMG erhalten hat) und ihm folgend § 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII (der entsprechend im Gesetzgebungsverfahren des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch angepasst worden ist), dass die Vorschriften des 4. Unterabschnitts der Hilfe in besonderen Lebenslagen nach dem BSHG bzw. des Fünften Kapitels des SGB XII dem Leistungsberechtigten einen Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nur entsprechend dem SGB V einräumen.

3.

Der Regress wegen unzulässiger Arzneimittelverordnungen setzt kein Verschulden des Vertragsarztes voraus.

Nach dem BSG (vgl. BSG, Urt. v. 05.05.2010 - B 6 KA 5/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 28 = MedR 2011, 381 = USK 2010-50, juris Rdnr. 22 bis 26 m.w.N.) sind Schadens- und Verordnungsregresse wegen eines Verstoßes gegen die Arzneimittelrichtlinien bzw. generell wegen der Verordnung nicht verordnungsfähiger Arzneimittel nicht als Fall der Festsetzung eines „sonstigen Schadens“ im Sinne der bundesmantelvertraglichen Vorschriften anzusehen. Der durch fehlerhaftes Ordnungsverhalten des Arztes einer Krankenkasse entstandene Schaden unterscheidet sich grundlegend von dem - verschuldensabhängigen „sonstigen Schaden“. Bei Verordnungsregressen besteht der zu ersetzende Schaden der Krankenkasse darin, dass sie an Apotheken Geldbeträge für Arzneien gezahlt hat, welche dem Versicherten gegen Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung ausgehändigt wurden und ausgehändigt werden durften. Die Krankenkasse hat mithin Kosten aufgewandt, die sie prinzipiell aufwenden muss, die aber im konkreten Fall nicht angefallen wären, wenn der Vertragsarzt den normativen Vorgaben entsprochen hätte. Der „Schaden“, der durch einen Verordnungsregress auszugleichen ist, entspricht somit demjenigen, der durch eine unwirtschaftliche Ordnungsweise im Sinne von § 106 Abs. 2 Satz 1 SGB V verursacht worden ist.

Der typische Schadensregress **außerhalb des Ordnungsverhaltens** ist hingegen dadurch gekennzeichnet, dass das Verhalten des Arztes (z.B. ein **Behandlungsfehler** oder eine **falsche Bescheinigung**) Folgekosten der Krankenkasse in anderen Leistungsbereichen ausgelöst hat (z.B. notwendige Nachbehandlung, Leistungen wegen Mutterschaft). Der dann zu ersetzende Schaden ist der Struktur nach einem Mangelfolgeschaden nach bürgerlichem Recht vergleichbar. Aber auch außerhalb dieser typischen Konstellationen kann es Verordnungsregresse geben, die dem Schadensregress nach den bundesmantelvertraglichen Vorschriften zuzuordnen sind. Hierfür kommen insbesondere Fallgestaltungen in Betracht, bei denen Fehler in Frage stehen, die nicht speziell der Verordnung selbst anhaften, sondern sich aus der **Art und Weise der Ausstellung der Verordnung** ergeben. Dies kann z.B. in Betracht kommen, wenn ein Vertragsarzt für einen Patienten eine

Verordnung ausstellt, obgleich er ihn **nicht selbst in Behandlung** hat, dieser sich **zur Zeit der Ausstellung der Verordnung in der Behandlung eines Krankenhauses** befindet, in dem umfassend Therapien einschließlich aller Arzneimittel zu gewähren sind. Gleiches gilt, wenn ein ermächtigter Krankenhausarzt Arzneiverordnungen im Rahmen seiner Ermächtigungstätigkeit durch einen **insoweit nicht vertretungsbefugten anderen Krankenhausarzt** unterzeichnen lässt. In solchen Fällen ist im Wege des Schadensregresses vorzugehen, dessen Rechtmäßigkeit ein Verschulden und die Einhaltung der vierjährigen Verjährungsfrist voraussetzt.

Kein Schadensregress nach den bundesmantelvertraglichen Vorschriften, sondern ein Fall der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V liegt indessen z.B. dann vor, wenn eine Krankenkasse gegenüber einem Vertragsarzt geltend macht, dieser habe die Verteilung des **Sprechstundenbedarfs zwischen Primär- und Ersatzkassen fehlerhaft** vorgenommen. Ein Fall des § 106 SGB V ist auch dann gegeben, wenn ein Regress deshalb erfolgt, weil **die Grenzen der gesetzlichen Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht eingehalten** wurden. Auch dieser Regress entspricht der systematischen Struktur nach einem Arzneikostenregress wegen unzureichender Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots oder einer Kürzung vertragsärztlichen Honorars wegen unwirtschaftlicher Leistungserbringung. Diese Maßnahmen knüpfen an die inhaltliche Ausrichtung der Verordnung an, die sich als unzulässig bzw. unwirtschaftlich darstellt. Diese Zuordnung wird durch § 106 Abs. 5b SGB V bekräftigt, der klarstellt, dass im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung die Einhaltung der Arzneimittel-Richtlinien zu prüfen ist. In solchen Fällen kommt es auf ein Verschulden nicht an.

4.

Nach der BSG-Rechtsprechung unterliegt das Recht der Prüfungsgremien auf Erlass von Prüfbescheiden nicht der Verjährung, weil es sich bei Verwaltungskompetenzen nicht um verjährungsfähige Ansprüche handelt (vgl. § 194 Abs. 1 BGB). Das Prüfverfahren ist nach dem Gesetz auf die endgültige Feststellung des Honoraranspruchs in Ersetzung des Honorarbescheides und auf die Festsetzung eines etwaigen Regresses wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise ausgerichtet. Das Recht des Prüfungsausschusses, den Honoraranspruch endgültig und entsprechend dem Prüfergebnis anders als im Honorarbescheid festzusetzen, ist nicht auf ein Tun oder Unterlassen des Vertragsarztes gerichtet. Es ist jedenfalls kein Anspruch, sondern einem Gestaltungsrecht vergleichbar. Die Notwendigkeit einer zeitlichen Begrenzung des Prüfverfahrens bereits ergibt sich aus dem rechtsstaatlichen Gebot der Rechtssicherheit (Art 20 Abs. 3 GG); greifen die Verjährungsvorschriften nicht ein, so muss der Gefahr eines „ewigen Prüfverfahrens“ auf andere Weise Rechnung getragen werden, weshalb es sachgerecht ist, die in den Büchern des SGB für die Verjährung einheitlich festgesetzte Frist von vier Jahren im Sinne einer zeitlichen Höchstgrenze als **Ausschlussfrist** auch auf das Verfahren zur endgültigen Festsetzung der vertragsärztlichen Honorare zu übertragen. Diese Ausschlussfrist, innerhalb derer der Bescheid ergehen muss, gilt für sachlich-rechnerische Richtigstellungen und für Bescheide zur Umsetzung degressionsbedingter Honorarminderungen gleichermaßen wie für Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Diese Ausschlussfrist gilt **auch für Regresse wegen solcher Verordnungen, die die Grenzen der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht eingehalten haben**, da sie der systematischen Struktur nach einem Arzneikostenregress wegen unzureichender Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots entsprechen (vgl. BSG, Urt. v. 05.05.2010 - B 6 KA 5/09 R - a.a.O., Rdnr. 18 f. und 27 bis 29 m.w.N.).

5. Gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle können die betroffenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Krankenkasse, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Beschwerdeausschüsse anrufen (§ 106 Abs. 5 Satz 3 SGB V). Abweichend von Satz 3 findet in Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 ausgeschlossen sind, ein Vorverfahren nicht statt (§ 106 Abs. 5 Satz 8 SGB V). Hier folgt der Verordnungs Ausschluss aus dem Gesetz (§ 24a SGB V), so dass eine Widerspruchsmöglichkeit nicht gegeben ist. A kann sogleich Klage beim Sozialgericht erheben.

6.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen errichten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss (§ 106 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Die Prüfungsstelle wird als monokratische Behörde mit einem Leiter organisiert (vgl. (§ 106 Abs. 4a Satz 2 bis 4 SGB V). Der Beschwerdeausschuss besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden (§ 106 Abs. 4 Satz 1 SGB V) und ist Teil der sog. paritätischen Selbstverwaltung. Die Prüfungsstelle unterstützt den Beschwerdeausschuss bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte organisatorisch (§ 106 Abs. 4a Satz 1 SGB V). Sie entscheidet zudem als Ausgangsbehörde (§ 106 Abs. 5 Satz 1 SGB V), gegen deren Entscheidungen im Regelfall (zu Ausnahmen s. Frage 5) der Beschwerdeausschuss angerufen werden kann.

7.

Die Festsetzung eines Arzneikostenregresses setzt ein Verschulden des Arztes nicht voraus. Mit der Verordnung eines Arzneimittels auf Kassenrezept übernimmt der Vertragsarzt die Verantwortung für die Zugehörigkeit des Arzneimittels zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Verordnung auf Kassenrezept führt dazu, dass die Krankenkasse verpflichtet wird, die Kosten zu übernehmen und zwar unabhängig davon, ob es sich um eine Leistung handelt, die zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung gehört oder nicht. Gehört sie nicht dazu, so kann der Arzt das Medikament auf Privatrezept verordnen. Durch die Verordnung auf Privatrezept werden die Kostenträger in die Lage versetzt, zeitnah im Einzelfall über eine Kostenübernahme nach § 13 SGB V zu entscheiden. Soweit es sich dennoch um eine Verordnung handelt, auf die der Versicherte objektiv einen Anspruch hat, so begeht der Vertragsarzt zwar objektiv eine Pflichtverletzung, die aber mangels Verschuldens ohne disziplinarrechtliche Folgen bleiben muss. Mit der vertragsärztlichen Verordnung erwirbt somit der Versicherte einen Sachleistungsanspruch und tritt der Vertragsarzt potentiell in eine Regresshaftung ein. In Zweifelsfällen kann er dieser Regresshaftung nur entgehen, wenn er bei der Krankenkasse eine Zusicherung einholt oder auf Wunsch des Patienten ein Privatrezept ausstellt oder der Patient bei Verweigerung der Kassenleistung einen Antrag bei seiner Krankenkasse nach § 13 III SGB V stellt.

Das BSG hat hierzu im Beschluss v. 31.05.2006 - B 6 KA 53/05 B - MedR 2007, 557, juris Rdnr. 13 für den Fall eines Off-Label-Use ausgeführt, der Arzt kann - entsprechend der Regelung in § 29 Abs. 8 BMV-Ä und § 15 Abs. 7 EKV-Ä für die Verordnung von Arzneimitteln, die von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen sind - dem Patienten ein Privatrezept ausstellen und es diesem überlassen, sich bei der Krankenkasse um Erstattung der Kosten zu bemühen. In dem besonderen Fall eines medizinisch-fachlich umstrittenen Off-Label-Use kann er auch zunächst selbst bei der Krankenkasse deren Auffassung als Kostenträger einholen und im Ablehnungsfall dem Patienten ein Privatrezept ausstellen. Ermöglicht der Vertragsarzt indessen nicht auf diese Weise eine Vorab-Prüfung durch die Krankenkasse, sondern stellt er ohne vorherige Rückfrage bei dieser eine vertragsärztliche Verordnung aus und löst der Patient diese in der Apotheke ein, so sind damit die Arzneikosten angefallen und die Krankenkasse kann nur noch im Regresswege geltend machen, ihre Leistungspflicht habe nach den maßgeblichen rechtlichen Vorschriften nicht bestanden. Verhindert ein Vertragsarzt durch diesen Weg der vertragsärztlichen Verordnung bei einem medizinisch umstrittenen Off-Label-Use eine Vorab-Prüfung durch die Krankenkasse und übernimmt er damit das Risiko, dass später die Leistungspflicht der Krankenkasse verneint wird, so kann ein entsprechender Regress nicht beanstandet werden.

## Aufgabe 2

1.

Neben der abgeschlossenen Weiterbildung (s.a. § 95a Abs. 1 Nr. 2 SGB V) und der Zustimmung des Krankenhausträgers muss ein Bedarf bestehen.

Nach § 116 SGB V, § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV kann der Zulassungsausschuss mit Zustimmung des Krankenhausträgers einen Krankenhausarzt mit abgeschlossener Weiterbildung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigen, soweit und solange deren ausreichende ärztliche Versorgung ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder

Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird. Der in dieser Formulierung zum Ausdruck kommende **Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte**. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) setzt die Erteilung einer an einen weitergebildeten Krankenhausarzt einen **quantitativ-allgemeinen** oder einen **qualitativ-speziellen Versorgungsbedarf** voraus, bei dessen Überprüfung und Feststellung die Zulassungsgremien über einen der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglichen **Beurteilungsspielraum** verfügen. Ein quantitativ-allgemeiner Bedarf liegt vor, wenn in einem Planungsbereich in einer Arztgruppe zu wenige niedergelassene Ärzte vorhanden sind, um den Bedarf zu decken. Das Vorliegen eines qualitativ-speziellen Bedarfs setzt voraus, dass ein Krankenhausarzt besondere, für eine ausreichende Versorgung notwendige Untersuchungs- und Behandlungsleistungen anbietet, die von den niedergelassenen Ärzten nicht bzw. nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden (vgl. BSG, Urt. v. 19.07.2006 – B 6 KA 14/05 R - B 6 KA 14/05 R - SozR 4-2500 § 116 Nr. 3 = GesR 2007, 71 = MedR 2007, 127 = ZMGR 2007, 40 = USK 2006-95, zitiert nach juris Rdnr. 15 u. 17; BSG, Urt. v. 30.01.2002 - B 6 KA 12/01 R - SozR 3-2500 § 116 Nr. 24 = MedR 2002, 529 = KRS 02.028 = USK 2002-89, juris Rdnr. 18 bis 20; BSG, Urt. v. 12.09.2001 - B 6 KA 86/00 R – SozR 3-2500 § 116 Nr. 23, juris Rdnr. 18, jeweils m. w. N.).

2.

a) Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden (§ 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V).

b) Ein MVZ kann nicht wiederum Gründer eines MVZ sein.

§ 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V nennt MVZ nicht als Gründer. Soweit nach § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V die Vorschriften dieses Kapitels, soweit sie sich auf Ärzte beziehen, entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren gelten, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist, kommt eine entsprechende Anwendung auf MVZ nicht in Betracht. Diese „entsprechende Anwendung“ bedeutet keine Freistellung von der Prüfung, ob eine auf Vertragsärzte ausgerichtete Bestimmung von ihrem Sinngehalt her auch auf Zahnärzte, Psychotherapeuten und/oder Medizinischen Versorgungszentren „passt“; dies folgt zumal aus dem ausdrücklichen Zusatz „sofern nichts Abweichendes bestimmt ist“. So gibt es im Rahmen der §§ 69 ff. SGB V Vorschriften, die nach ihrem Sinngehalt gerade nur entweder für Ärzte oder nur für Zahnärzte gelten sollen oder die gerade nur auf Vertrags(zahn)ärzte und nicht auch auf MVZ passen (vgl. BSG, Urt. v. 23.03.2011 - B 6 KA 8/10 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 7 = GesR 2011, 616 = USK 2011-19, juris Rdnr. 23).

Der weiterhin gründerfähige Gesellschafter eines MVZ kann ein weiteres MVZ gründen. Soweit bestehende MVZ fortbestehen (§ 95 Abs. 1a SGB V) können diese Gesellschafter haben, die nicht mehr als Gründer auftreten können, da von 2004 bis 2011 alle Leistungserbringer des SGB V Gründer sein konnten. Über die Gesellschafterstellung in einem fortbestehenden MVZ könnten dann nicht mehr gründerfähige Gesellschafter mit ihrem fortbestehenden MVZ ein weiteres MVZ gründen. Dies ist aber nicht Sinn des Gesetzes. Von daher besteht kein Bedarf für eine Analogie nach § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V (s. SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 20.01.2014 - S 12 KA 117/13 - juris).

c)

Nein, denn nach § 77 Abs. 3 SGB V sind neben den zugelassenen Ärzten, , den bei Vertragsärzten nach § 95 Abs. 9 und 9a angestellten Ärzten, den in Eigeneinrichtungen nach § 105 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 5 Satz 1 angestellten Ärzten und den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausärzten nur die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren tätigen angestellten Ärzte, nicht das MVZ selbst, Mitglieder der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Voraussetzung der Mitgliedschaft angestellter Ärzte in der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ist, dass sie mindestens halbtags beschäftigt sind.

3.

a) Nach § 2 Abs. 1 SGB V haben die Krankenkassen den allgemeinen Sicherstellungsauftrag. Danach stellen die Krankenkassen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter

Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Nach § 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V erhalten die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen.

Nur im Bereich der ambulanten Versorgung geht der Sicherstellungsauftrag auf die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen über. Nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben diese die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

b)

Faktisch wird durch die hausarztzentrierte Versorgung der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen vermindert und geht für diesen Bereich wieder an die Krankenkassen zurück.

Nach § 73b Abs. 1 SGB V haben die Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten, weshalb sie nach § 73b Abs. 1 Satz 1 SGB V Verträge mit Gemeinschaften schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Die an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlende Gesamtvergütung ist entsprechend zu bereinigen (§ 73b Abs. 7 SGB V). Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden an der hausarztzentrierten Versorgung nicht beteiligt.