

Gesetzliche Grundlagen

Geplante Änderungen im Gesetzesentwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes:

SGB V, § 11, Abs. 4

§ 11 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

„(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach den §§ 140a bis 140d nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.“

SGB V § 73b

"§ 73b Hausarztzentrierte Versorgung

(1) Die Krankenkassen haben ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten.

(2) Dabei ist sicherzustellen, dass die hausarztzentrierte Versorgung insbesondere folgenden Anforderungen genügt, die über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 Abs. 1b hinausgehen:

1. Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,
2. Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,
3. Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie,
4. Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

(3) Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Die Teilnehmer verpflichten sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse, nur einen von ihnen aus dem

Kreis der Hausärzte nach Absatz 4 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung nur auf dessen Überweisung. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.

(4) Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge zu schließen.

Die Verträge können abgeschlossen werden mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 a teilnehmen,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten.

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben. Soweit die hausärztliche Versorgung der Versicherten durch Verträge nach Satz 1 durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Die Krankenkassen können den der hausarztzentrierten Versorgung zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwendungsbeitrag, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.

(5) In den Verträgen nach Absatz 4 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 2, sowie die Vergütung zu regeln. Gegenstand der hausarztzentrierten Versorgung dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Einzelverträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. § 106a Abs. 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend.

(6) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte zu informieren.

(7) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die

Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 4 sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern."

SGB V § 73c

"§ 73c Besondere ambulante ärztliche Versorgung

(1) Die Krankenkassen können ihren Versicherten die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Abschluss von Verträgen nach Absatz 4 anbieten. Gegenstand der Verträge können Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Für die personellen und sächlichen Qualitätsanforderungen zur Durchführung der vereinbarten Versorgungsaufträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend.

(2) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung durch nach Absatz 3 verpflichtete Leistungserbringer, indem sie sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung mindestens ein Jahr gebunden. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer, zu Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.

(3) Die Krankenkassen können zur Umsetzung ihres Angebots nach Absatz 1 allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Einzelverträge schließen mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung nach Absatz 1 durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen.

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben. Soweit die Versorgung der Versicherten durch Verträge nach Satz 1 durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Die Krankenkassen können den diesen Versorgungsaufträgen zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwendungssatz, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.

(4) In den Verträgen nach Absatz 3 sind das Nähere über den Inhalt, den Umfang und die Durchführung der Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen, sowie die Vergütung zu regeln. Gegenstand der Versorgungsaufträge dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen

regeln. § 106a Abs. 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend.

(5) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach Absatz 1 sowie der daran teilnehmenden Ärzte zu informieren.

(6) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der nach Absatz 3 teilnehmenden Versicherten sowie dem in einem Vertrag nach Absatz 3 vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 2 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der nach Absatz 3 teilnehmenden Versicherten sowie dem in einem Vertrag nach Absatz 3 vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 3 sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern."

Begründungen zu § 73 b und c aus dem Kabinettsentwurf des GKV-WSG

SGB V § 73b

Die Neuregelung stellt die durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in das SGB V eingeführte Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten eine besondere hausärztliche (hausarztzentrierte) Versorgung anzubieten, auf eine neue Grundlage: Zum einen werden die inhaltlichen Mindestanforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung gesetzlich ausgestaltet und zum anderen werden die von den Krankenkassen mit entsprechend qualifizierten Leistungserbringern zu schließenden Verträge aus ihrer bisherigen Einbettung in einen gesamtvertraglichen Rahmen herausgelöst. Des Weiteren werden die Krankenkassen ausdrücklich verpflichtet, gegebenenfalls in Kooperation mit anderen Krankenkassen ihren Versicherten eine derartige flächendeckende Versorgung zur Verfügung zu stellen. Dies bedeutet, dass eine Krankenkasse zur Sicherstellung ihrer Verpflichtung gegenüber den Versicherten entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Krankenkassen entsprechende Verträge mit entsprechend qualifizierten Leistungserbringern zu schließen haben oder zumindest mit anderen Krankenkassen insoweit kooperieren müssen, damit ihre Versicherten an den von diesen geschlossenen Verträgen teilnehmen können.

Absatz 2 umschreibt die Anforderungen an eine hausarztzentrierte Versorgung, deren Erfüllung zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zum Erschließen von Wirtschaftlichkeitsreserven unverzichtbar sind. Dies sind insbesondere die Verbesserung der Pharmakotherapie, der Einsatz von wissenschaftlich begründeten und zugleich praxiserprobten hausärztlichen Leitlinien, die Konzentration der ärztlichen Fortbildung auf hausarzttypische Probleme sowie die Verbesserung der Prozessqualität durch Einführung eines hausarzt-spezifischen einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Die Anforderungen nach Nummer 3 und 4 lösen keinen zusätzlichen Aufwand aus, da der Hausarzt mit der Erfüllung dieser Anforderungen seine ohnehin bestehenden gesetzlichen Verpflichtungen zur Fortbildung und zum internen Qualitätsmanagement erfüllt.

Absatz 3 regelt die Auswirkungen der Teilnahme des Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung auf seine Arztwahlfreiheit: Ebenso wie in der hausarztzentrierten Versorgung nach geltendem Recht geht die Neuregelung von einem Einschreibemodell aus. Die freiwillige Selbstbindung des Versicherten an einen bestimmten Hausarzt und an seine Überweisung zur Inanspruchnahme eines Facharztes (Ausnahmen durch Satzung sind zulässig) sind ein grundlegen-

der Bestandteil der hausarztzentrierten Versorgung. Denn sie ermöglicht dem Hausarzt, seiner Steuerungsverantwortung nachzukommen, durch die unnötige Doppeluntersuchungen und Krankenhauseinweisungen vermieden werden sowie insbesondere auch eine koordinierte, medizinisch sinnvolle und effiziente Pharmakotherapie erleichtert wird. Nur eine Einschreibung der Versicherten bringt deshalb der Krankenkasse die Planungssicherheit, um in entsprechenden Verträgen mit den Leistungserbringern die notwendigen Wirtschaftlichkeitspotentiale zu erschließen, die ihr ermöglichen, den Versicherten durch Auslobung eines Teilnahmebonus an den erzielten Effizienzerfolgen teilhaben zu lassen. Wie bereits nach geltendem Recht haben die Krankenkassen das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung in ihren Satzungen zu regeln. Dabei haben sie insbesondere die Bindung an den gewählten Hausarzt, Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und die Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten zu regeln. (vgl. zu Letzterem auch Ausführungen in der Begründung zu Absatz 5 zu entsprechenden Prüfungsmaßnahmen). Regelungsbedürftig ist damit z.B. der Fall, dass ein Versicherter nicht nur den von ihm gewählten Hausarzt, sondern einen weiteren Hausarzt aufsucht, um sich eine Zweitmeinung einzuholen. Da die Krankenkasse nach Absatz 7 verpflichtet ist, die Gesamtvergütung für den eingeschriebenen Versicherten zu mindern, darf die Inanspruchnahme des weiteren Hausarztes nicht zu Lasten der Gesamtvergütung erfolgen. Vielmehr hat der Versicherte die Kosten für die Einholung der Zweitmeinung selbst zu tragen.

Absatz 4 bestimmt die möglichen Vertragspartner der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung auf der Leistungserbringerseite. In Fortentwicklung des geltenden Rechts (§ 73b Abs. 2 Satz 2) können die Verträge – in Anlehnung an § 140b Abs. 1 Nr. 4 - auch mit Managementgesellschaften geschlossen werden, die sich verpflichten, die hausarztzentrierte Versorgung mit entsprechend qualifizierten vertragsärztlichen Leistungserbringern durchzuführen. Das Vertragsanbahnungsgeschäft erfolgt ebenso wie bei der hausarztzentrierten Versorgung nach geltendem Recht: Die einzelnen Leistungserbringer haben Entscheidungsfreiheit beim Abschluss von Verträgen und die einzelnen Krankenkassen haben ein willkürfrei auszuübendes Auswahlermessen.

Als Konsequenz aus der Überführung der hausärztlichen Versorgung der Versicherten von der kollektivvertraglichen Organisation in die selektivvertragliche Organisation wird der entsprechende Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung bezogen auf die Versicherten, die an der selektivvertraglich organisierten hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, durch den Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen substituiert, solange derartige Verträge beste-

hen. Daraus folgt, dass auch die dem Sicherstellungsauftrag immanente Pflicht zum Notdienst in dem Umfang auf die Krankenkassen übergeht, der dem hausärztlichen Versorgungsauftrag der teilnehmenden Versicherten entspricht; aus Praktikabilitätsgründen kann jedoch die Krankenkasse diese Bereitstellungsverpflichtung durch Zahlung eines entsprechenden Aufwendersatzes an die Kassenärztliche Vereinigung erfüllen.

Auf die vertragsärztliche Bedarfsplanung, d.h. die regionale Umverteilungsplanung mit Zulassungssperren, hat der Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung keine Auswirkung. Zum einen sind die auf der Basis dieser Verträge tätigen Ärzte zugelassene und damit bedarfsgeplante Ärzte und zum anderen stehen sie auch weiterhin der hausärztlichen Versorgung der Versicherten zur Verfügung, lediglich – während der Dauer des Vertrages – auf einer anderen Rechtsgrundlage; der örtliche hausärztliche Versorgungsgrad entsprechend den Bedarfsplanungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ändert sich also durch Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nicht. Folgerichtig wird in § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV bestimmt, dass die Pflicht des Vertragsarztes, im erforderlichen Umfang für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung zu stehen, durch den Abschluss entsprechender Verträge nicht verletzt wird.

Absatz 5 regelt, dass die Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung im einzelnen den Vertragspartnern obliegt, d.h. insbesondere die Mindestanforderungen nach Absatz 2 zu operationalisieren und eine angemessene Vergütung zu vereinbaren. Hinsichtlich des Gestaltungsermessens der Vertragspartner bezüglich Inhalt und Organisation der hausärztlichen Versorgung lehnt sich die Regelung in Absatz 5 an die entsprechende Vorschrift in § 140b Abs. 3 Satz 4 und Absatz 4 Satz 1 an. Außerdem wird durch die entsprechende Inbezugnahme der durch das GMG in das SGB V eingefügten Regelung zur Abrechnungsprüfungspflicht der Krankenkassen sichergestellt, dass die Krankenkassen einem möglichen Fehlverhalten der hausärztlichen Leistungserbringer und der teilnehmenden Versicherten durch Prüfungsmaßnahmen in entsprechender Anwendung der Abrechnungsprüfungen gem. § 106a Abs. 3 an der Schnittstellen Selektivvertrag/Kollektivvertrag entgegen wirken.

Ein Fehlverhalten des hausärztlichen Leistungserbringer ist insbesondere darin zu sehen, dass er seine vertraglichen Leistungen nicht nur im Rahmen des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung, sondern ein zweites Mal zu Lasten der (bereinigten) Gesamtvergütung, die von der Krankenkassen ausschließlich für die vertragsärztliche Versorgung gezahlt wird, in Rechnung stellt.

Ein Fehlverhalten des Versicherten kann darin bestehen, dass er - entgegen seiner nach Absatz 3 vertraglich freiwillig eingegangenen Verpflichtung - Leistungen von nicht selektivvertraglich gebundenen hausärztlichen Leistungserbringern sowie ambulante fachärztliche Behandlung ohne Überweisung des gewählten Hausarztes zu Lasten der Gesamtvergütung in Anspruch nimmt, die bezogen auf die teilnehmenden Versicherten und den Leistungsbedarf nach Absatz 6 risikogerecht zu bereinigen und somit zu verringern ist.

Absatz 6 verpflichtet die Krankenkassen, ihre Versicherten über Sinn und Zweck einer hausarztzentrierten Versorgung sowie über die in einem Umkreis, der für eine hausärztliche Betreuung sinnvoll erscheint, niedergelassenen und an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzte zu informieren.

Zur Vermeidung der Doppelfinanzierung verpflichtet Absatz 7 die Vertragspartner der Gesamtverträge zu einer Bereinigung der Gesamtvergütungen um den Betrag, den die Erfüllung des hausärztlichen Versorgungsauftrages bezogen auf die selektivvertraglich versorgten Versicherten im Rahmen der kollektivvertraglich organisierten vertragsärztlichen Leistungserbringung gekostet hätte. Für die Finanzierung der Leistungen aus Verträgen nach Absatz 4 gibt Absatz 7 deshalb für die Jahre 2007 und 2008 eine Bereinigung der Gesamtvergütung (Satz 1) und ab dem Jahre 2009 eine Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes vor (Satz 2). Zu bereinigen ist die Gesamtvergütung nur um solche Leistungsbereiche, die aus der vertragsärztlich organisierten hausärztlichen Versorgung in die selektivvertraglich organisierte hausarztzentrierte Versorgung übergehen. Das bedeutet, dass bei der Verminderung der Gesamtvergütung sowie bei der Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nur solche Leistungen zu berücksichtigen sind, die in der vertragsärztlichen Versorgung ebenfalls abrechenbar sind. Für die Leistungsdefinition zur Bestimmung des Umfangs des Bereinigungsvolumens ist zweckmäßigerweise auf die einschlägigen Gebührenpositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen abzustellen. Weiter ist davon auszugehen, dass die Leistungen für die Berechnung des Bereinigungsbetrages mit dem von der Kassenärztlichen Vereinigung der Krankenkasse in der letzten verfügbaren Abrechnung (so genanntes Formblatt 3) maßgeblichen Punktwert bewertet werden. Diese Regelungen – auch zur Konfliktlösung im Schiedsamt (Satz 3) – entsprechen den mit diesem Gesetz vorgegebenen Bereinigungen der Gesamtvergütungen und des Behandlungsbedarf für Leistungen in Verträgen nach § 73c sowie der integrierten Versorgung (§ 140d Abs. 2). Satz 4 verpflichtet die Krankenkassen, die für die

Bestimmung des Bereinigungsbetrages erforderlichen Daten den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem zuständigen Verband der Krankenkassen auf Landesebene zu übermitteln. Hierzu gehören insbesondere Informationen über die Einzelverträge, deren Leistungsinhalt und deren Teilnehmer. Entsprechende Daten liegen bei den für die Bereinigungsverfahren zuständigen Vertragsparteien, insbesondere den Kassenärztlichen Vereinigungen, nicht vor.

Eine pauschale Bereinigung, wie in Form der Anschubfinanzierung für die Verträge im Rahmen der integrierten Versorgung, ist hier nicht vorgesehen. Deshalb sind hier weitestgehend exakte und sachgerechte Verfahren der Bereinigung der Gesamtvergütungen in den Gesamtverträgen für die in die Einzelverträge übergehenden ambulanten ärztlichen Leistungsanteile zu vereinbaren. Summarische Datengrundlagen, wie z.B. die Zahl der teilnehmenden Versicherten und Leistungserbringer, reichen hierfür nicht aus. Heranzuziehen sind vielmehr arzt- und versichertenbezogene Abrechnungs- und Leistungsdaten (Arzt- und Krankenversicherer Nummern, Gebührenpositionen, Diagnosen) aus dem Abrechnungszeitraum, auf den sich die Bereinigung bezieht.

SGB V § 73c

Die Neuregelung in § 73c ersetzt den bisherigen § 73c. Im Gegensatz zum geltenden Recht wird zukünftig die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen in der ambulanten Versorgung ausschließlich im dezentralen, wettbewerblichen Selektivvertragssystem organisiert.

Absatz 1 ermöglicht den Krankenkassen, ihren Versicherten die ambulante ärztliche Versorgung durch Abschluss von Selektivverträgen anzubieten. Dabei wird den Krankenkassen – anders als bei der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b – überlassen, ob und in welchem Umfang sie derartige Verträge abschließen. Gegenstand der Verträge können daher Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Welche Vertragsformen im Bereich der ärztlichen Versorgung sinnvoll sind, soll der Wettbewerb entscheiden. Gesetzlich vorgegeben wird lediglich, dass – wie in der hausarztzentrierten Versorgung – die im Kollektivvertragssystem geltenden Qualitätsanforderungen vertraglich nicht unterschritten werden können.

Die Selbstbindung der teilnehmenden Versicherten nach Absatz 2 hat den selben Inhalt wie bei der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung: Der Versicherte verpflichtet sich durch seine freiwillige Selbstbindung, nur die selektivvertraglich verpflichteten Leistungserbringer in

Anspruch zu nehmen. Andere ärztliche Leistungserbringer dürfen nur auf Überweisung der vertraglich verpflichteten Leistungserbringer in Anspruch genommen werden. Diese Selbstbindung ist Grundlage für die notwendige Planungssicherheit der Vertragspartner der Selektivverträge sowie für die in Absatz 6 angeordnete Bereinigung der im Kollektivvertragssystem gezahlten Vergütung.

Wie bei der hausarztzentrierten Versorgung haben die Krankenkassen das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten an einer besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung in ihren Satzungen zu regeln. Dabei haben sie insbesondere die Bindung an den gewählten ärztlichen Leistungserbringer, Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und die Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten zu regeln. (vgl. zu Letzterem auch Ausführungen in der Begründung zu Absatz 4 zu entsprechenden Prüfungsmaßnahmen). Regelungsbedürftig ist damit z.B. der Fall, dass ein Versicherter nicht nur den selektivvertraglich verpflichteten Leistungserbringer, sondern einen anderen ärztlichen Leistungserbringer aufsucht, um sich eine Zweitmeinung einzuholen. Da die Krankenkasse nach Absatz 6 verpflichtet ist, die Gesamtvergütung für den eingeschriebenen Versicherten zu mindern, darf die Inanspruchnahme des weiteren Arztes nicht zu Lasten der Gesamtvergütung erfolgen. Vielmehr hat der Versicherte die Kosten für die Einholung der Zweitmeinung selbst zu tragen.

Vertragspartner der Krankenkassen können nach Absatz 3 – ebenso wie bei der hausarztzentrierten Versorgung – die vertragsärztlichen Leistungserbringer, deren Gemeinschaften und die aus der integrierten Versorgung bereits bekannten Managementgesellschaften sein; dies entspricht im Grundsatz den Anforderungen an die Leistungserbringerseite bei der integrierten Versorgung nach § 140b Abs. 1. Anders als bei der hausarztzentrierten und der integrierten Versorgung können Vertragspartner der Verträge nach § 73c allerdings auch die Kassenärztlichen Vereinigungen sein. Die bedarfsgerechte Auswahl der Vertragspartner hat die Krankenkasse auf der Grundlage öffentlich ausgeschriebener, objektiver Auswahlkriterien vorzunehmen. Diese Regelung entspricht den bereits im geltenden Recht an ähnliche Auswahlentscheidungen gestellten Anforderungen, vgl. § 73b Abs. 2 Satz 2, § 73c Abs. 2 Satz 3 (alt), § 127 Abs. 2 Satz 2.

Macht die Krankenkasse von der Option Gebrauch, ihren Versicherten die ambulante ärztliche Versorgung durch Abschluss entsprechender Selektivverträge anzubieten und nehmen die Versicherten dieses Angebot an, dann geht im Umfang der selektivvertraglich organisierten Versorgungsaufträge und für die Dauer der Vertragslaufzeit und der Selbstbindung des Versicherten der Sicherstellungsauftrag auf die vertragsschließende Krankenkasse über; hierin eingeschlos-

sen ist anteilmäßig der entsprechende Notdienst, den die Krankenkasse allerdings – aus Gründen der Praktikabilität – weiterhin gegen Aufwendungsersatz durch die Kassenärztliche Vereinigung sicherstellen lassen kann.

Der Inhalt der Selektivverträge wird, soweit wie möglich, der Ausgestaltung der Vertragspartner überlassen, da nur so qualitätsorientierter Wettbewerb entstehen kann. Lediglich die in der kollektivvertraglichen Leistungserbringung geltenden personellen und sächlichen Qualitätsanforderungen gelten als gesetzlicher Mindestrahmen (s.o.). Im Übrigen ist das den Vertragspartnern gesetzlich eingeräumte Gestaltungsermessen bezüglich Inhalt und Organisation der vertraglich vereinbarten Versorgungsaufträge – ebenso wie bei der hausarztzentrierten Versorgung – den entsprechenden Vorschriften zur integrierten Versorgung in § 140b Abs. 3 Satz 4 und Abs. 4 Satz 1 nachgebildet.

Außerdem wird durch die entsprechende Inbezugnahme der durch das GKV-Modernisierungsgesetz in das SGB V eingefügten Regelung zur Abrechnungsprüfungspflicht der Krankenkassen sichergestellt, dass die Krankenkassen einem möglichen Fehlverhalten der selektivvertraglich verpflichteten Leistungserbringer und der teilnehmenden Versicherten durch Prüfungsmaßnahmen in entsprechender Anwendung der Abrechnungsprüfungen gem. § 106a Abs. 3 an der Schnittstellen Selektivvertrag/Kollektivvertrag entgegenwirken. Ein Fehlverhalten des selektivvertraglich verpflichteten Leistungserbringers ist insbesondere darin zu sehen, dass er seine vertraglichen Leistungen nicht nur im Rahmen des Selektivvertrages, sondern ein zweites Mal zu Lasten der (bereinigten) Gesamtvergütung, die von der Krankenkassen ausschließlich für die vertragsärztliche Versorgung gezahlt wird, in Rechnung stellt. Ein Fehlverhalten des Versicherten kann darin bestehen, dass er – entgegen seiner nach Absatz 2 vertraglich freiwillig eingegangenen Verpflichtung - Leistungen von nicht selektivvertraglich gebundenen ärztlichen Leistungserbringern zu Lasten der Gesamtvergütung in Anspruch nimmt, die bezogen auf die teilnehmenden Versicherten und den Leistungsbedarf nach Absatz 6 risikogerecht zu bereinigen und somit zu verringern ist.

Auf die vertragsärztliche Bedarfsplanung, d.h. die regionale Umverteilungsplanung mit Zulassungssperren, hat der Abschluss von Selektivverträgen keine Auswirkung. Zum einen sind die auf der Basis dieser Verträge tätigen Ärzte zugelassene und damit bedarfsgeplante Ärzte und zum anderen stehen sie auch weiterhin der Versorgung der Versicherten zur Verfügung, lediglich – während der Dauer des Vertrages – auf einer anderen Rechtsgrundlage; der örtliche Versorgungsgrad entsprechend den Bedarfsplanungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesaus-

schusses ändert sich also durch Abschluss von Selektivverträgen nicht. Folgerichtig wird in § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV bestimmt, dass die Pflicht des Vertragsarztes, im erforderlichen Umfang für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung zu stehen, durch den Abschluss entsprechender Verträge nicht verletzt wird.

Absatz 5 verpflichtet die Krankenkassen zu umfassender Information ihrer Versicherten über die von ihnen abgeschlossenen Verträge, damit die Versicherten auf der Grundlage dieses Kenntnisstandes fundiert entscheiden können, ob sie das Angebot derartiger Versorgungsträger annehmen.

Zur Vermeidung der Doppelfinanzierung verpflichtet Absatz 6 die Vertragspartner der Gesamtverträge zu einer Bereinigung der Gesamtvergütungen um den Betrag, den die Erfüllung des selektivvertraglich vereinbarten Versorgungsauftrages bezogen auf die teilnehmenden Versicherten im Rahmen der kollektivvertraglich organisierten vertragsärztlichen Leistungserbringung gekostet hätte. Für die Finanzierung der Leistungen aus Selektivverträgen nach Absatz 4 gibt Absatz 6 deshalb für die Jahre 2007 und 2008 eine Bereinigung der Gesamtvergütung (Satz 1) und ab dem Jahre 2009 eine Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes vor (Satz 2). Zu bereinigen ist die Gesamtvergütung nur um solche Leistungsbereiche, die aus der vertragsärztlich organisierten ärztlichen Versorgung in die selektivvertraglich organisierte ärztliche Versorgung übergehen. Das bedeutet, dass bei der Verminderung der Gesamtvergütung sowie bei der Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nur solche Leistungen zu berücksichtigen sind, die in der vertragsärztlichen Versorgung ebenfalls abrechenbar sind. Für die Leistungsdefinition zur Bestimmung des Umfangs des Bereinigungsvolumens ist zweckmäßigerweise auf die einschlägigen Gebührenpositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen abzustellen. Weiter ist davon auszugehen, dass die Leistungen für die Berechnung des Bereinigungsbetrages mit dem von der Kassenärztlichen Vereinigung der Krankenkasse in der letzten verfügbaren Abrechnung (so genanntes Formblatt 3) maßgeblichen Punktwert bewertet werden. Diese Regelungen – auch zur Konfliktlösung im Schiedsamt (Satz 3) – entsprechend den mit diesem Gesetz vorgegebenen Bereinigungen der Gesamtvergütungen und des Behandlungsbedarf für Leistungen in Verträgen nach § 73b sowie der integrierten Versorgung (§ 140d Abs. 2). Satz 4 verpflichtet die Krankenkassen, die für die Bestimmung des Bereinigungsbetrages erforderlichen Daten den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem zuständigen Verband der Krankenkassen auf Landesebene zu übermitteln. Hierzu gehören insbesondere Informationen über die Einzelverträge, deren Leistungsinhalt und deren

Teilnehmer. Entsprechende Daten liegen bei den für die Bereinigungsverfahren zuständigen Vertragsparteien, insbesondere den Kassenärztlichen Vereinigungen, nicht vor.

Für die Erforderlichkeit der Übermittlung von arzt- und versichertenbezogenen Daten wird auf die entsprechenden Ausführungen in der Begründung zu § 73b verwiesen.