

Mandantenbrief

Der Einzelvertrag

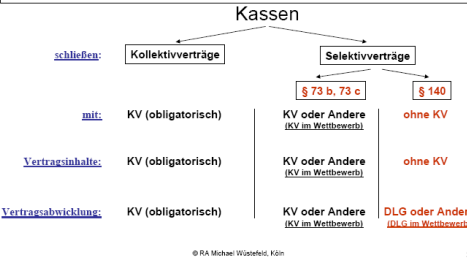
Einzelverträge werden auch alte Direktverträge bezeichnet, wobei diese zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern geschlossen werden können oder aber auch mit Herstellern von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln. In den letzten Jahren sind zum Beispiel eine Vielzahl von Rabattverträgen nach §130 a SGB V zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern abgeschlossen worden. Teilweise wurden diese Verträge nach erfolgter Ausschreibung abgeschlossen teilweise auch ohne Ausschreibung, da in diesem Segment noch viele rechtliche Unsicherheiten bestehen.

Einzelverträge im Sinne von Versorgungsverträgen zwischen Kostenträgern und Ärztegruppen haben sich in den vergangenen Jahren intensiv entwickelt, insbesondere im Bereich der integrierten Versorgung. In der Regel waren dies indikationsspezifische Versorgungsverträge. Nach der letzten Gesundheitsreform im vergangenen Jahr wünscht der Gesetzgeber, dass flächendeckende Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geschlossen werden.

Nachfolgend sollen einzelne dieser Vertragstypen näher erläutert werden, wobei der Bereich der integrierten Versorgung den größten Raum einnehmen wird, dazu erwarten ist, dass die integrierten Versorgungsmodelle Bestandteil der Versorgungsverträge auf regionaler Ebene werden. Zudem kann man am Beispiel der integrierten Versorgung einzelne Problemfelder von Direktverträgen erläutern.

GF Selektivverträge

Kassen schließen Selektivverträge direkt mit den Leistungserbringern ab. KVen können, müssen aber nicht zum Vertragsschluss ermächtigt werden.



1. Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V

Das System der vertragsärztlichen Versorgung ist untergliedert in die hausärztliche und fachärztliche Versorgung. Im Rahmen der hausärztlichen Versorgung ist zu differenzieren zwischen der klassischen hausärztlichen Versorgung und der hausarztzentrierten Versorgung nach Paragraph 73 b SGB V.

1.1. Hausärztliche Versorgung

Die hausärztliche Versorgung wird gebildet durch Allgemeinärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, Kinderärzte sowie praktische Ärzte nach altem Recht. Hinzukommen Internisten ohne Schwerpunktbezeichnungen, die die Teilnahme gewählt haben. Das Gesetz bezeichnet diese Ärzte als Hausärzte. Die hausärztliche Versorgung übernimmt die Querschnittsaufgaben der hausärztlichen Betreuung. (§ 73b Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 bis 4 SGB V) Es handelt sich um die fortgesetzte ärztliche Betreuung in Diagnostik und Therapie des Versicherten, die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen. Hinzu kommen die Dokumentation der Behandlungsdaten und Befunde, sowie die Initiierung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen in die ärztliche Behandlung.

Für diese Leistungen erhalten die Hausärzte ein bestimmtes Pauschalhonorar pro Patient, auch hausärztliche Grundvergütung genannt neben der Vergütung der von ihnen erbrachten Einzelleistungen. Dieser monetäre Vorteil gegenüber Fachärzten bringt die

Einschränkung mit sich, dass Hausärzte zahlreiche spezialisierte Leistungen nicht erbringen und abrechnen dürfen, und zwar unabhängig davon, ob Sie die entsprechenden Fachkenntnisse besitzen.

1.2. Hausarztzentrierte Versorgung

Mit der Gesundheitsreform im Jahre 2003 hat der Gesetzgeber eine weitere Spielart derart hausärztlichen Versorgung als Angebot an den Versicherten in das Gesetz aufgenommen.

In der hausarztzentrierten Versorgung verpflichtet sich der Versicherte schriftlich gegenüber seiner Krankenkasse, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach § 73b Absatz 2 SGB V gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an den gewählten Hausarzt für mindestens ein Jahr gebunden. Ein Arztwechsel kann nur aus einem wichtigen Grunde geschehen. Die genauen inhaltlichen Bestimmungen sind in den Gesamtverträgen und in den Krankenkassensatzungen zu regeln.

Besonders qualifizierte Hausärzte

Im Rahmen des Paragraphen 73b Absatz 2 SGB V spricht der Gesetzgeber vom Vertragsabschluss mit besonders qualifizierten Hausärzten. Es stellt sich die Frage, was der Gesetzgeber hierunter verstanden wissen wollte, da alle Hausärzte und Fachärzte im Rahmen ihres Faches die Leistungen des jeweiligen medizinischen Standards rechtlich und vertraglich schulden.

Wie die amtliche Begründung zum Gesetzestext zeigt, soll damit eine besonders hochrangige Hausarztversorgung gewährleistet werden. (Bundestagsdrucksache 15/1525 Seite 97.) Das Tatsächliche Problem ist

nur, wie dieser Sachverhalt festgestellt werden soll. Es gibt kein nachprüfbares vertragsärztliches System für die Bewertung von Dienstleistungen, um qualifizierte Form von weniger gut qualifizierten Leistungserbringern unterscheiden zu können. Es steht dahin zu befürchten, dass die besondere Qualität eines Hausarztes darin besteht, wie sein persönlicher Kontakt in der Vergangenheit zu einer bestimmten Krankenkasse war und ob er bereit ist die subjektiven Vorstellungen des Kostenträgers umzusetzen. Der Begriff besonders qualifizierter Hausarzt muss daher als problematisch gesehen werden.

2. Bewertung:

Mit dem Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung gibt der Gesetzgeber den Krankenkassen ein Instrument an die Hand, um den Versicherten eine qualitativ besonders hoch stehende hausärztliche Versorgung anzubieten und gibt den Kassen daher über das geltende Recht hinaus Gestaltungsspielraum zu einzelvertraglichen Ausgestaltung des Versorgungsgeschehens.

Die Krankenkasse kann daher nicht nur ihren Versicherten steuern, sondern über vertragliche Regelungen auch den Hausarzt. Dies wird insbesondere dadurch deutlich, dass die Krankenkasse nicht mit jedem Hausarzt einen solchen Vertrag schließen muss, sondern es handelt sich um eine sog. Kann-Bestimmung. Bei der Auswahl der Hausärzte hat die Krankenkasse lediglich das Diskriminierungsverbot zu beachten. Daraus folgt weiterhin, dass die Krankenkasse ihren eigenen Bedarf individuell bemessen kann und damit auch den Grad der qualitativen Versorgung.

2. Besondere ambulante Versorgung nach § 73c SGB V

2.1. Einleitung

Das GKV-WSG hat die Vertragsfreiheit der Krankenkassen deutlich erweitert. So können die Krankenkassen ohne Einschaltung der KV mit Leistungserbringern besondere Versorgungsverträge im Bereich der ambulanten Versorgung abschließen (§ 73c SGB V).

§ 73c SGB V wurde im Rahmen der Gesundheitsreform neu geregelt. Im Gegensatz zum bisherigen Recht wird künftig die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen in der ambulanten Versorgung ausschließlich im dezentralen, wettbewerblichen Selektivvertragssystem organisiert.

Nach § 73c Absatz 1 SGB V wird den Krankenkassen ermöglicht, ihren Versicherten die ambulante ärztliche Versorgung durch Abschluss von Selektivverträgen anzubieten. Dabei wird den Krankenkassen und - anders als bei der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V - überlassen, ob und in welchem Umfang sie derartige Verträge abschließen.



2.2. Gegenstand derer Verträge

Gegenstand dieser besonderen Versorgungsverträge können Leistungen

des gesamten ambulanten Behandlungsspektrums sein. Erwünscht sind innovative Lösungen zur kooperativen und qualitätsgesicherten Versorgung von Patienten. Insbesondere Fachärzte können ohne Überweisungsvorbehalt an diesen Verträgen beteiligt werden.

Das Gesetz öffnet den Krankenkassen die gesamte Vertragsbreite um hier Effektivitätsreserven zu realisieren. Gegenwärtig wurden insbesondere Verträge über Hautscreening abgeschlossen. Die sich daraus ergebenden Pauschalvergütungen werden regelmäßig außerhalb der Gesamtvergütung bzw. des Budgets gezahlt.

Hinsichtlich der Vertragslaufzeit, Beitritt zum Vertrag und Kündigung des Vertrages gibt es keine gesetzlichen Vorgaben. Da die teilnehmenden ambulanten Leistungserbringer nur ihre medizinischen Leistungen in eigener Verantwortung zu erbringen haben, besteht hier keine Gefahr der Bildung gesellschaftsrechtlicher Beziehungen zwischen den Leistungserbringern. Wichtig in diesem Zusammenhang ist es zu beachten, dass bei Abschluss eines solchen Versorgungsvertrages der Sicherstellungsauftrag für die Laufzeit des Vertrages inhaltlich auf die Krankenkassen übergeht. Der ärztliche Notdienst wird weiterhin von der kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt, allerdings haben die Krankenkassen entsprechenden Aufwendersatz zu leisten.

2.3. Teilnahme der Versicherten

Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig. Wer jedoch teilnimmt, verpflichtet sich, lediglich die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Diese Selbstbindung der teilnehmenden Versicherten hat denselben Inhalt wie bei der Teilnahme an der hausarztzentrierte Versorgung. In soweit kann auf die obigen Ausführungen verwiesen werden.

2.4. Vertragspartner besonderer Versorgungsverträgen

Vertragspartner der Krankenkassen können die vertragsärztlichen Leistungserbringer, deren Gemeinschaften und Managementgesellschaften sein. Aber auch die Kassenärztlichen Vereinigungen können als Vertragspartner fungieren. Der Vertrag ist von der Krankenkasse auszuschreiben.

Auch Krankenhäuser können an derartigen Verträgen beteiligt sein. Dies gilt ebenso für die medizinischen Versorgungszentren, die in der Trägerschaft von Krankenhäusern sind. Insbesondere das organisatorische und unternehmerische Know-how in Krankenhäusern prädestiniert deren ambulante Leistungserbringer die vom Gesetzgeber mit diesen besonderen Versorgungsverträgen verbundenen Effizienz- und Qualitätssteigerungen zu realisieren.

Die Krankenhäuser können auch eine Tochtergesellschaft gründen, die als Managementgesellschaft fungiert. Als Rechtsform wird hier die GmbH in der Regel gewählt. In dieser Gesellschaft werden alle Tätigkeiten vorgehalten, die zu dem Bereich der neuen Versorgungsformen gehören. Weitere Gesellschafter können aus dem Bank- und Beratungsgewerbe akquiriert werden. Man könnte ferner darüber nachdenken, auch den Leistungserbringern die Beteiligung an einer stillen Gesellschaft anzubieten oder aber über die Rechtsform einer GmbH & Co KG als Kommanditisten aufzutreten. Sie wären somit am Erfolg eines solchen Versorgungsprojektes direkt beteiligt.

Darüber hinaus hat die Managementgesellschaft die Möglichkeit, medizinische Versorgungszentren zu gründen, zu führen und besondere Versorgungsverträge, Verträge zur integrierten Versorgung mit den Kostenträgern umzusetzen. Die Gestaltungsmöglichkeiten sind hier vielfältig.

2.5. Wettbewerbsrechtlicher Aspekte

Die Einführung dieser neuen Versorgungsformen und damit verbundenen Vertragsgestaltungen haben in Literatur und Rechtsprechung erhebliche Meinungsverschiedenheiten und Streitigkeiten ausgelöst. Es geht um die Frage der Anwendung des Wettbewerbsrechts, des Kartellrechts und Vergaberechts im Bereich der Anwendung dieser Versorgungsverträge.

Es besteht überwiegend Einigkeit, dass bei Abschluss derartiger Verträge die Regeln des Wettbewerbsrechts zu beachten sind und eine eventuell bestehende marktbeherrschende Stellung nicht missbraucht werden darf. Eine Diskriminierung der Marktteilnehmer darf nicht erfolgen. (§ 69 SGB V) Eine marktbeherrschende Stellung ist z.B. in manchem Bundesland durch den jeweiligen AOK-Landesverband gegeben. Der Marktanteil an Versicherten mancher Landesverbände liegt zwischen 40% und 60%. Auf diese Problematik wird im Abschnitt zur integrierten Versorgung noch differenziert eingegangen werden.