

Hausarztverträge: Vorschlag für Änderungen im SGB V

Dem § 53 Abs. 3 SGB V wird folgender Satz angefügt:

„Die Krankenkasse kann zur Finanzierung von Mehrkosten auch Prämienzahlungen durch diese Versicherten vorsehen.“

Begründung:

Durch den neuen Satz 3 wird den Krankenkassen ausdrücklich ermöglicht, in ihrer Satzung neben Prämienzahlungen an die Versicherten und Zuzahlungsermäßigungen auch Prämienzahlungen durch die Versicherten zur Finanzierung von Mehrkosten vorzusehen. Die bisherige Regelung ist von der Rechtsprechung dahingehend ausgelegt worden, dass Prämienzahlungen durch die Versicherten zur Finanzierung der Teilnahme an der besonderen Versorgungsform nicht zulässig seien (LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 10.12.2008 – L5 KR 87/08 KL. Die Ergänzung ist notwendig, da sich die Wahltarife für die besonderen Versorgungsformen nicht immer selbst tragen. Dies ist jedoch durch das Verbot der Quersubventionierung gemäß § 53 Abs. 9 SGB V gesetzlich zwingend vorgeschrieben. Entstehen für die Teilnahme an den besonderen Versorgungsformen Mehrkosten, müssen diese von den Krankenkassen finanziert werden. Nachdem es sich um Wahltarife handelt, an denen die Versicherten freiwillig teilnehmen, hat die Finanzierung über Prämienzahlungen der Versicherten zu erfolgen, da eine Finanzierung über das allgemeine Beitragsaufkommen mit dem Solidarprinzip und der Versicherungspflicht nicht vereinbar wäre.

Dem § 73b Abs. 8 SGB V werden folgende Sätze angefügt:

„Die Aufwendungen für die besondere hausärztliche Versorgung einschließlich der Aufwendungen für vereinbarte Leistungen im Sinne des Satz 1 sind auf die Summe des Bereinigungsbetrages nach Abs. 7 und der Beträge aus vertraglich abgesicherten oder bereits erfolgten Einsparungen und Effizienzsteigerungen begrenzt. Soweit die

Aufwendungen für die besondere hausärztliche Versorgung in einem Kalenderjahr das Ausgabenvolumen nach Satz 2 überschreiten, verrechnet die Krankenkasse den Überschreibungsbetrag mit den Aufwendungen im folgenden Kalenderjahr oder fordert, falls der Vertrag ausgelaufen ist, den Überschreibungsbetrag von dem Vertragspartner nach Abs. 4 zurück.“

Begründung:

Durch die Ergänzung des § 73b Abs. 8 SGB V wird in der Regelung über die besondere hausärztliche Versorgung des Leistungserbringerrechts klargestellt, dass sich die Aufwendungen für die besondere hausärztliche Versorgung aus dem Betrag der Bereinigung der Gesamtvergütung und vertraglich vereinbarten Maßnahmen selbst finanzieren müssen. Dies entspricht der geltenden Rechtslage aufgrund der Regelungen im Verhältnis zwischen Krankenkasse und Versicherten gem. § 53 Abs. 3 und 9 SGB V, die die Erhebung von zusätzlichen Beiträgen von den an der besonderen Versorgung nach § 73b SGB V teilnehmenden Versicherten ausschließen und eine Quersubventionierung des zwingend anzubietenden Wahltarifs für diese Versorgungsform verbieten. Eine Quersubventionierung der von den Versicherten fakultativ wählbaren besonderen hausärztlichen Versorgung aus dem Beitragsaufkommen aller Versicherten wäre mit dem Solidarprinzip nicht vereinbar. Durch den neuen Satz 2 wird auch im Leistungserbringerrecht klargestellt, dass die Vergütung in der besonderen hausärztlichen Versorgung auf den Betrag der Bereinigung zuzüglich vertraglich hinreichend abgesicherter oder bereits realisierter Beträge durch Einsparungen oder Effizienzsteigerungen beschränkt ist. Für den Fall, dass es zu Überzahlungen kommt, ordnet Satz 3 eine Verrechnung der Überzahlungsbeträge mit den Vergütungen im folgenden Kalenderjahr an. Soweit der Vertrag im Folgezeitraum nicht mehr wirksam ist, hat die Krankenkasse den Überzahlungsbetrag vom Vertragspartner zurückzufordern.

3. *Der bisherige § 73b Abs. 4 wird durch folgenden Abs. 4 ersetzt:*

„(4) Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 können Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge abschließen mit

vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,

Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,

Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,

Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben

Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien auszuschreiben. Soweit die hausärztliche Versorgung der Versicherten durch Verträge nach diesem Absatz durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Die Krankenkassen können den der hausarztzentrierten Versorgung zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwendungsersatz, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.

4. Der bisherige § 73b Abs. 4a wird durch folgenden Abs. 4a ersetzt:

„(4a) Verträge, die durch Schiedsspruch nach dem bisherigen § 73b Abs. 4a SGB V festgesetzt worden sind, treten mit Ablauf des 31.12.2010 außer Kraft“.

Begründung:

Durch die Änderung der § 73b Abs. 4, Abs. 4a SGB V entfällt die Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss hausarztzentrierter Versorgungsverträge mit Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten und die Befugnis der Gemeinschaften zur Einleitung eines Schiedsverfahrens im Falle der Nichteinigung. Hausarztzentrierte Versorgungsverträge mit Gemeinschaften, die bereits durch Schiedsspruch

festgesetzt worden sind, treten zum Jahresende 2010 außer Kraft.

Mit dieser Änderung der Abs. 4 und 4a wird den Erfahrungen aus den bisherigen Schiedsverfahren und den von den Schiedspersonen festgesetzten Verträgen Rechnung getragen. Es hat sich gezeigt, dass die qualifizierten Gemeinschaften von Allgemeinärzten bundesweit gegenüber allen Krankenkassen ein identisches Vertragsmuster mit identischer Vergütung fordern und keine Verhandlungsbereitschaft besteht, hiervon abzuweichen. Auch die in den in verschiedenen KV-Bezirken geführten Schiedsverfahren festgesetzten Verträge entsprechen diesem einheitlichen Modell der Hausarztverbände. Ein bundesweit weitgehend identisches Vertragsmuster steht mit dem mit Einführung des § 73b verfolgten Ziel, ein dezentrales Selektivvertragssystem und echten Vertragswettbewerb zwischen den einzelnen Krankenkassen zu schaffen, nicht im Einklang. Auch der mit der Durchführung der Schiedsverfahren verbundene zeitliche und finanzielle Aufwand ist angesichts der Einheitlichkeit der festgesetzten Verträge unverhältnismäßig hoch. Aus diesem Grund wird die Verantwortung, eine flächendeckende hausarztzentrierte Versorgung für ihre Versicherten anzubieten und die Notwendigkeit, sich durch das Angebot individueller Verträge nach § 73b dem Kassenwettbewerb zu stellen, den Krankenkassen übertragen.

