



KBV

FORTBILDUNG

Zentrale Mitarbeiterfortbildung
der **K**assenärztlichen **B**undes**v**ereinigung



Gesamtvertrag und Gesamtvergütung

Stand: 2012



6

Gesamtvertrag und Gesamtvergütung

Autor: Dr. rer. soc. Thomas Kriedel

Stand: August 2012

Dr. Thomas Kriedel
Mitglied des Vorstands der
Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

Begründet von:
Alfred Boßmann
Ehemaliger Hauptgeschäftsführer
der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Dr. rer. pol. Thomas Zalewski
Ehemaliges Mitglied des Vorstands
der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Kontakt über:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Referat KBV-Akademie
Postfach 12 02 64
10592 Berlin

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	7
Lernziele zu Verträgen	8
1 Verträge zur Steuerung der vertragsärztlichen Versorgung	9
1.1 Gestaltung der vertragsärztlichen Versorgung und Vergütung durch Verträge	9
1.1.1 Gestaltung durch Kollektivverträge	9
1.1.2 Vereinbarung von Selektivverträgen	9
1.2 Der Gesamtvertrag	13
1.2.1 Entstehung und Bedeutung des „Gesamtvertrags“	13
1.2.2 Zustandekommen und grundsätzlicher Inhalt von Gesamtverträgen	14
1.2.3 Rahmenbedingungen für Gesamtverträge und Bindungswirkung	15
1.2.4 Zuständigkeit (Vertragshoheit) für den Abschluss von Gesamtverträgen	16
1.2.4.1 Gesamtverträge mit den Landesverbänden der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen	16
1.2.4.2 Gesamtverträge mit den Ersatzkassen	17
1.2.4.3 Gesamtvertrag mit der Knappschaft	17
1.2.4.4 Gesamtverträge mit den landwirtschaftlichen Krankenkassen	17
1.2.5 Festsetzung eines Gesamtvertrages durch ein Schiedsamt	18
1.3 Alternative Vertrags- und Versorgungsformen	19
1.3.1 Modellvorhaben	20
1.3.2 Strukturverträge	21
1.3.3 Hausarztzentrierte Versorgung	22
1.3.4 Versorgungsaufträge für besondere ambulante ärztliche Versorgung	24

1.3.5	Qualitätssicherungsprogramme	26
1.3.6	Integrierte Versorgungsformen	26
1.4	Disease-Management-Programme	27
	Lernziele zur Gesamtvergütung	29
2	Die Gesamtvergütung	30
2.1	Die Gesamtvergütung als zentrales Vergütungssystem	30
2.1.1	Begriff „Gesamtvergütung“	30
2.1.2	Befreiende Wirkung der Gesamtvergütung	31
2.1.3	Beanstandungen von Gesamtverträgen durch die Aufsichtsbehörden	32
2.2	Aktuelles Vergütungssystem	32
2.2.1	Regionale Euro-Gebührenordnung, morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	32
2.2.1.1	Leistungen außerhalb der MGV	33
2.2.1.2	Systematik ab 2012	34
2.2.2	Vergütung der Ärzte – Honorarverteilung	35
2.3	Veränderung der Gesamtvergütungen	36
2.3.1	Zeitraum bis zum Jahr 2012	36
2.3.1.1	Praxiskosten	36
2.3.1.2	Arbeitszeit	36
2.3.1.3	Veränderungen durch Anpassung an den medizinischen Fortschritt und durch Berücksichtigung von Leistungsausweitungen	37
2.3.1.4	Grundsatz der Beitragssatzstabilität	37
2.3.2	Zeitraum ab dem Jahr 2013	38
	Fragen zur Selbstkontrolle	40
	Schlagwortverzeichnis	41
	Übersicht der bereits erschienenen Fortbildungshefte	44

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
a. F.	alte Fassung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV	Bundesmantelvertrag
BSG	Bundessozialgericht
DMP	Disease-Management-Programm
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EL	Einzelleistung
FB	Festbetrag
FP	Fallpauschale
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKAR	Gesetz über das Kassenarztrecht
GMG	Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz)
GOÄ	Amtliche Gebührenordnung für Ärzte
GRG	Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen – Gesundheits-Reformgesetz
GSG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung – Gesundheitsstrukturgesetz
GKV-FinG	GKV-Finanzierungsgesetz
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
HÄVG	Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG

HVM-V	Vertrag über den Honorarverteilungsmaßstab
i. d. F.	in der Fassung
i. d. R.	in der Regel
i. V. m.	in Verbindung mit
KA	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KK	Krankenkasse
KP	Kopfpauschale
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
KVLG	Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NOG	Neuordnungsgesetz
RSA	Risikostrukturausgleich
RSAV	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Die vertragsärztliche Versorgung	12
Abbildung 2:	Vertragliche Grundlagen – Vertragsärztliche Versorgung	13
Abbildung 3:	Ablaufschema für das Zustandekommen eines Gesamtvertrages	19

Lernziele zu Verträgen

Wenn Sie dieses Fortbildungsheft durchgearbeitet haben, sollten Sie erklären können

- worin der wesentliche inhaltliche Unterschied zwischen einem Bundesmantelvertrag und einem Gesamtvertrag besteht,
- welches die jeweiligen Partner dieser beiden Verträge sind,
- was unter der „normativen Wirkung“ der Bundesmantelverträge zu verstehen ist,
- welche Zuständigkeit die KVen hinsichtlich des Abschlusses von Gesamtverträgen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen haben,
- warum es zwischen den KVen und den Krankenkassen bei Nichteinigung über einen Vertrag, welcher die vertragsärztliche Versorgung regelt, keinen vertragslosen Zustand geben kann,
- was unter dem Begriff „vertragsärztliche Versorgung“ zu verstehen ist und wo die Bestimmungen, welche Art und Umfang im Einzelnen regeln, zu finden sind,
- was unter alternativen Vertrags- und Versorgungsformen zu verstehen ist und
- was unter Disease-Management-Programmen zu verstehen ist und welche Bedeutung diese für den Risikostrukturausgleich (RSA) der Krankenkassen haben,
- wie sich der Kollektivvertrag vom Selektivvertrag unterscheidet und welche Vor- und Nachteile beide Vertragstypen haben.

1 Verträge zur Steuerung der vertragsärztlichen Versorgung

1.1 Gestaltung der vertragsärztlichen Versorgung und Vergütung durch Verträge

Die vertragsärztliche Versorgung (**Abbildung 1**), deren Umfang § 73 Abs. 2 SGB V beschreibt, ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 92 ff. SGB V) durch schriftliche Verträge zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen zu regeln (§ 72 Abs. 2 SGB V).

Dieses Regelwerk (schematisch in **Abbildung 2** dargestellt) umfasst auch die psychotherapeutische Versorgung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, für die mit dem Psychotherapeutengesetz ab dem 01.01.1999 zwei neue selbständig und eigenverantwortlich arbeitende Heilberufe geschaffen wurden. Gleichzeitig wurden diese in das System der gesetzlichen Krankenversicherung eingebunden und in die kassenärztlichen Organisationen integriert.

1.1.1 Gestaltung durch Kollektivverträge

Das Gesetz stellt für solche Regelungen in der Hauptsache zwei Gestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung:

- die Bundesmantelverträge¹ (BMV) und
- die Gesamtverträge (§§ 82, 83 SGB V).

Darüber hinaus schließen die Vertragsparteien Verträge, die nicht Bestandteil der Bundesmantelverträge und der Gesamtverträge sind oder die nicht den Verträgen über die vertragsärztliche Versorgung zuzuordnen sind. Zu der ersten Kategorie zählen z. B. die Prüfvereinbarungen (§ 106 Abs. 3 SGB V bzw. § 106a Abs. 5 SGB V), zu der zweiten die dreiseitigen Verträge zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Verbänden der Krankenkassen und den Krankenhäusern (§ 115 ff. SGB V).

1.1.2 Vereinbarung von Selektivverträgen

Seit dem 2. NOG vom 23.06.1997 können die Krankenkassen und deren Verbände zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit Modellvorhaben (§§ 63 Abs. 1 und 64 Abs. 1 SGB V) zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder die Durchführung mit zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern vereinbaren.

1 Die Bundesmantelverträge werden im KBV-Fortbildungsheft behandelt.

Ab dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 sind die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern mit den §§ 140a ff. SGB V um einen zusätzlichen Vertragstypus ergänzt worden: Verträge zur integrierten Versorgung. Diese Verträge sollen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten (sog. **Integrierte Versorgung**) ermöglichen. Nach der Gesetzesbegründung ist es das Ziel der integrierten Versorgung, „die bisherige starre Aufgabenverteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung (und weiteren Versorgungsbereichen) zu durchbrechen, um die Voraussetzungen für eine stärker an den Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierten Behandlung zu verbessern“.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GKV-GMG) zum 01.01.2004 wurde mit dem § 73b SGB V eine neue Rechtsvorschrift eingeführt: Die Krankenkassen sollen erstmals ihren Versicherten neben der bereits bestehenden hausärztlichen Versorgung eine qualitativ besondere „**hausarztzentrierte Versorgung**“ (**H_zV-Verträge**) anbieten. Vertragspartner können vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Träger von Einrichtungen, die diese Versorgung anbieten sowie KVen sein, soweit sie ermächtigt sind. Diese Regelungen wurden mehrfach angepasst.

Ab 01.01.2009 gilt das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen (GKV-OrgWG) und § 73b SGB V. Zur flächendeckenden Sicherstellung haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30.06.2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Sofern Verträge mit Gemeinschaften abgeschlossen werden, besteht für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung die Möglichkeit einer „Zweitverwertung“ als nachrangiger Vertragspartner.

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) zum 01.01.2012 wurde der § 73b SGB V zur Hausarztzentrierten Versorgung ergänzt.

Neu ist, dass bei Verträgen, die nach dem 22.09.2010 zustande kommen, bei der zu vereinbarenden Vergütung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) zu beachten ist. Dies ist insbesondere dann gewährleistet, wenn die Vergütung in der H_zV den rechnerischen durchschnittlichen Fallwert in der Kassenärztlichen Vereinigung nicht überschreitet. Die Beitragssatzstabilität ist gewährleistet, wenn vertraglich sichergestellt wird, dass diese Mehraufwendungen durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen erzielt werden, finanziert werden.

Ebenfalls mit dem GMG neu eingeführt wurde die Option für Verbände der Krankenkassen und KVen, im Rahmen der Gesamtverträge **besondere Versorgungsaufträge** nach § 73c SGB V zu vereinbaren. Diese sollen besonderen Versorgungsbedürfnissen Rechnung tragen. Denkbar waren beispielsweise besondere Versorgungsaufträge für die Betreuung von Krebspatienten. Wie die hausarztzentrierte Versorgung stellte auch die Durchführung von Versorgungsaufträgen besondere qualitative oder organisatori-

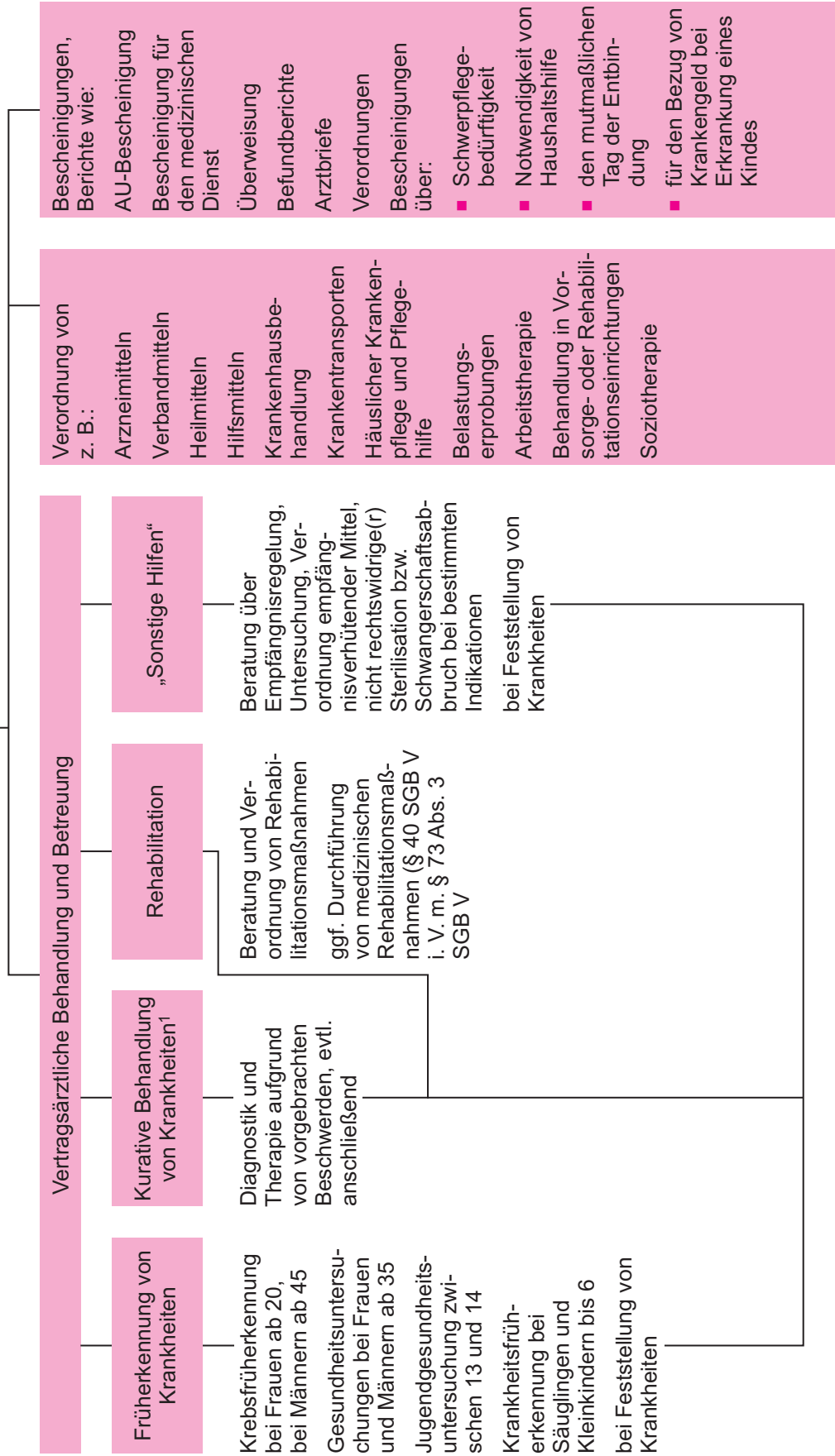
sche Anforderungen an die Ärzte (§ 73c Abs. 1 Satz 1 SGB V a. F.), die neben der Vergütung zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den KVen vereinbart werden konnten. Mit Wirkung zum 01.04.2007 wurde § 73c SGB V neu gefasst. Die Regelung ermöglicht den Krankenkassen nun, ihren Versicherten die ambulante ärztliche Versorgung durch den Abschluss von Selektivverträgen anzubieten. Den Krankenkassen steht es dabei frei zu entscheiden, ob und in welchem Umfang sie derartige Verträge abschließen. Die Krankenkassen können derartige Verträge direkt mit Leistungserbringern abschließen. Anders als bei der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) sieht § 73c SGB V vor, dass Kassenärztliche Vereinigungen Vertragspartner der Krankenkassen sein können, ohne dass es hierfür einer speziellen Ermächtigung durch Gemeinschaften von Leistungserbringern bedarf.

Zusätzlich erhalten die KVen und die Verbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen die Option, **Strukturverträge** (§ 73a SGB V) zu vereinbaren, die als Bestandteil der Gesamtverträge einem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen übertragen.

Ferner können die Kassenärztlichen Vereinigungen durch den zum 01.07.2008 in Kraft getretenen § 136 Abs. 4 SGB V zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung mit einzelnen Krankenkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten.

Gemäß § 119 Abs. 1 Satz 2 SGB V haben Kassenärztliche Vereinigungen zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in der Pflegeeinrichtung Kooperationsverträge zu vermitteln. Diese Verpflichtung wurde zur Förderung von Kooperationsverträgen mit dem Pflegeeneuausrichtungsgesetz verbindlicher geregelt. Außerdem sieht Absatz 2 vor, dass die Partner der Bundesmantelverträge die Anforderungen an kooperative und koordinierende ärztliche pflegerische Versorgung auszugestalten haben. Zur Finanzierung können gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 Zuschläge auf den Orientierungspunktwert von den Gesamtvertragspartnern vereinbart werden.

Vertragsärztliche Versorgung



¹ Hierzu gehört auch die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

Abbildung 1: Die vertragsärztliche Versorgung

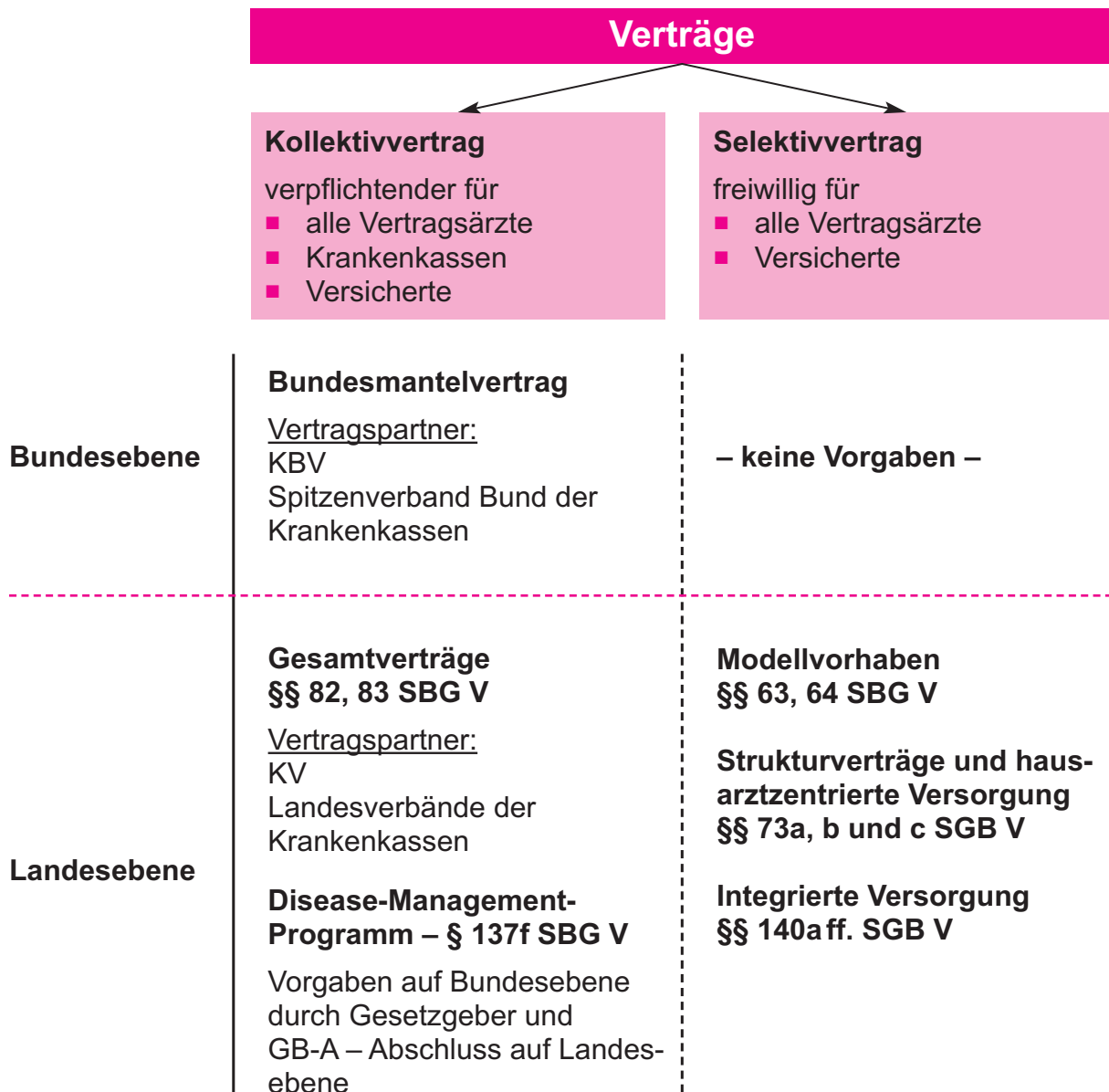


Abbildung 2: Vertragliche Grundlagen – Vertragsärztliche Versorgung

1.2 Der Gesamtvertrag

1.2.1 Entstehung und Bedeutung des „Gesamtvertrags“

Der Begriff „Gesamtvertrag“ entstammt der Vertragsordnung vom 30.12.1931, die vom damaligen Reichsarbeitsminister aufgrund der Notverordnung vom 08.12.1931 erlassen worden ist. Die Ärzte hatten damals nach Jahren erbitterter Auseinandersetzungen und gegen den Widerstand der Krankenkassen ein gesetzlich geregeltes Zulassungsverfahren mit freier Arztwahl und die Beseitigung der oftmals diskriminierenden (bürgerlich-rechtlichen) Einzeldienstverträge zwischen Krankenkassen und Ärzten durchgesetzt und den Abschluss von Gesamtverträgen erreicht. Durch die Notverordnung vom 08.12.1931 wurden auch die Kassenärztlichen Vereinigungen geschaffen.

Das Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) vom 17.08.1955 hat das öffentlich-rechtliche Vertragssystem weiter ausgebaut und das Instrument „Gesamtvertrag“ beibehalten (§ 368g Abs. 2 RVO).

Der Gesamtvertrag ist somit das Gegenstück zum früheren Einzeldienstvertrag, der zu Beginn des Kassenarztrechts zwischen jeder einzelnen Krankenkasse und jedem Arzt geschlossen wurde.

Dieses Prinzip gilt auch noch heute.

Nach § 83 Satz 1 SGB V schließen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Gesamtverträge über die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort in ihrem Bezirk einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen. Die Landesverbände der Krankenkassen schließen dabei die Gesamtverträge mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart.

Allerdings hat der Gesetzgeber die umfassende Geltung des Gesamtvertrages zunehmend seit 2000 aufgeweicht. Er führt diese Entwicklung mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (seit dem 01.01.2004) und dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (seit dem 01.04.2007) kontinuierlich fort: Integrierte Versorgungsformen sowie Versorgungsaufträge gemäß § 73b und c SGB V können nunmehr gänzlich auch ohne Beteiligung der KV zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vereinbart werden. Verträge zur Sicherstellung einer hausarztzentrierten Versorgung können Krankenkassen sowohl direkt mit einzelnen oder Gemeinschaften von Hausärzten bzw. mit medizinischen Versorgungszentren als auch – unter besonderen Bedingungen (s. Punkt 3.3 – Hausarztzentrierte Versorgung) – mit Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden.

1.2.2 Zustandekommen und grundsätzlicher Inhalt von Gesamtverträgen

Die Gesamtverträge waren im Laufe der Jahre ebenso der ständigen Anpassung an die veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen unterworfen wie der Entwicklung des medizinischen Leistungsangebotes. Inhaltlich hat sich jedoch insoweit nichts geändert, als von Anfang an und bis heute in Gesamtverträgen das **Vergütungssystem und die Vergütungshöhe** für die an der ärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen zu regeln ist.

Geändert hat sich allerdings die Regelungskompetenz (Vertragshoheit). Bis zum Inkrafttreten des KVKG am 01.07.1977 schlossen die Kassenärztlichen Vereinigungen Gesamtverträge mit den einzelnen Krankenkassen ab. Bis zum 30.06.2008 galt die Regelung, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen und der jeweilige Landesverband die vertragsschließenden Parteien waren (vgl. § 83 Satz 1 SGB V a. F.). Infolge der Änderung der Organisationsstruktur der Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung zum 01.07.2008 sieht § 83 Satz 1 SGB V vor, dass die Ersatzkassen jeweils einzelne Gesamtverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen schließen. Die Ersatzkas-

sen können sich jedoch auf eine gemeinsame Vertretung auf Landesebene einigen und einen gemeinsamen Gesamtvertrag schließen (vgl. § 212 Abs. 5 Satz 5 SGB V).

Die gesetzliche Regelung zum Abschluss von Gesamtverträgen auf Landesebene entspricht zum einen der föderalen Struktur, zum anderen gewährleistet sie es, regionale Besonderheiten stärker zu berücksichtigen als bei einer bundesweiten Vertragsgestaltung.

Gegenstand der Gesamtverträge ist in der Hauptsache die Vereinbarung des Vergütungssystems sowie die Vergütungshöhe (§ 85 Abs. 2 SGB V) und deren „Veränderungen“. Sodann finden sich in den Gesamtverträgen auch Bestimmungen über die „Entrichtung“ (§ 85 Abs. 1 SGB V), worunter auch Regelungen über Fristen für die von den Kassen zu leistenden Zahlungen (Abschlags- und Restzahlungen) fallen. Ebenso wird in den Gesamtverträgen die Gestaltung der Leistungsnachweise bestimmt, soweit diese nicht in den Bundesmantelverträgen vorgeschrieben sind (s. § 295 Abs. 3 und 4 SGB V).

Mit Wirkung zum 01.01.2009 hatte das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz große Auswirkungen auf die Ermittlung und Berechnung der Gesamtvergütung. Die Partner auf Bundesebene legen damit zukünftig Vorgaben zur Vergütung, wie den Orientierungspunktwert, und Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes fest. Ergänzend dazu gibt es zahlreiche Empfehlungen der Bundesebene und des Bewertungsausschusses, insbesondere zur Ermittlung der Aufsatzwerte zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, Veränderungsraten und des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfes. Aus diesen Vorgaben ist auf der Landesebene unter den Gesamtvertragspartnern die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu vereinbaren. Vereinbarungsinhalte sind unter anderem auch die besonders förderungswürdigen Leistungen und Zuschläge zum Orientierungspunktwert.

Häufig werden in den Gesamtverträgen auch alle nicht in den Gebührenordnungen festgelegten Vergütungen oder Kostenerstattungen (z. B. Wegepauschalen oder Wegegebühren und die Erstattung sonstiger Kosten) sowie darüber hinaus ggf. Entschädigungen oder gesonderte Bewertungen bestimmter Leistungen oder Leistungsgruppen, z. B. im Sinne einer bewussten Strukturpolitik zur Förderung bestimmter Bereiche der ambulanten Versorgung, geregelt.

1.2.3 Rahmenbedingungen für Gesamtverträge und Bindungswirkung

Wenn von der „Vertragsfreiheit“ als Gestaltungsprinzip der vertragsärztlichen Versorgung die Rede ist und dabei auch die Gesamtverträge gemeint sind, so findet diese ihre Grenzen „im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses“ (§ 72 Abs. 2 SGB V). Durch eine umfassende Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist der Gestaltungsrahmen für solche Verträge im Laufe der Zeit konkretisiert worden. Auch was den Inhalt eines Gesamtvertrages, also den Regelungsgegenstand betrifft, haben die Vertragsschließenden des Gesamtvertrages eine nur begrenzte Regelungsbefugnis, weil der allgemeine Inhalt dieses Vertrages durch Bundesmantelverträge bestimmt wird (§ 82 Abs. 1 SGB V).

Die Bundesmantelverträge schließen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wurde zum 01.07.2008 gegründet. Ihm wurde die Aufgabe übertragen, die für alle Krankenkassen einheitlich zu schließenden Vereinbarungen und Regelungen zu treffen (§§ 217a–f SGB V). Früher wurden diese gemeinsam bzw. arbeitsteilig von den nach Kassenarten organisierten Einzelverbänden getroffen.

Allerdings ist es den Partnern der Bundesmantelverträge versagt, den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge auf Gegenstände auszudehnen, welche das Gesetz ausdrücklich den Partnern der Gesamtverträge zuweist.

Der normative Charakter der Bundesmantelverträge und ihre Bindungswirkung ergeben sich für die einzelne KV aus § 81 Abs. 3 Nr. 1 SGB V. Hiernach muss die Satzung jeder KV Bestimmungen darüber enthalten, dass „die von der KBV abzuschließenden Verträge und die dazu gefassten Beschlüsse ... für die KV verbindlich“ sind. Dieses gilt nach § 210 Abs. 2 SGB V bezüglich der Bundesmantelverträge auch für die Landesverbände der Krankenkassen und deren Mitgliedschaften.

Die Vereinbarungen über die Vergütung von Leistungen nach den §§ 83 und 85 SGB V sind den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen.

Die Vertragsfreiheit der Gesamtvertragspartner ist eingeschränkt durch:

- Gesetz und daraus folgend das Beanstandungsrecht der Aufsichtsbehörde
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Rechtsprechung
- Die Bundesmantelverträge
- Vorgaben der Bundesebene

1.2.4 Zuständigkeit (Vertragshoheit) für den Abschluss von Gesamtverträgen

1.2.4.1 Gesamtverträge mit den Landesverbänden der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen

Die Gesamtverträge sind mit den Landesverbänden der Krankenkassen mit Wirkung für die „beteiligten“ Krankenkassen abzuschließen. Vertragspartner der Landesverbände sind die Kassenärztlichen Vereinigungen am Sitz des jeweiligen Landesverbandes. „Beteiligt“ ist eine Krankenkasse dann, wenn sie dem betreffenden Landesverband angehört oder wenn sie Mitglieder hat, die ihren Wohnsitz im Zuständigkeitsbereich der betreffenden KV haben. Der regional zuständige Landesverband der jeweiligen Kassenart hat somit die Verhandlungskompetenz für alle Versicherten der jeweiligen Kassenart mit Wohnsitz in seinem Zuständigkeitsbereich, d. h. sowohl für die Versicherten seiner Mitgliedschaften (Kassen mit Sitz in seinem Zuständigkeits-

bereich) als auch für die Versicherten der „einstrahlenden“ Krankenkassen (Kassen, die Mitglieder anderer Landesverbände sind).

Besteht in einem Land nur eine Krankenkasse der gleichen Art (im Allgemeinen die AOK), nimmt sie zugleich die Aufgaben eines Landesverbandes wahr. Sie hat insoweit die Rechtsstellung eines Landesverbandes.

1.2.4.2 Gesamtverträge mit den Ersatzkassen

Die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder der Ersatzkassen war bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21.12.1992 nicht Gegenstand von Gesamtverträgen, sondern eines auf Bundesebene zwischen der KBV und den Verbänden der Ersatzkassen geschlossenen Arzt-/Ersatzkassen-Vertrages. Ab dem 01.07.2008 dürfen die Ersatzkassen jeweils einzelne Gesamtverträge schließen. Die Ersatzkassen können sich jedoch auch auf eine gemeinsame Vertretung auf Landesebene einigen und einen gemeinsamen Gesamtvertrag schließen (§ 212 Abs. 5 Satz 5). Für gemeinsam und einheitlich, d. h. kassenartenübergreifend zu schließende Verträge (z. B. der Honorarvertrag) müssen sich die Ersatzkassen auf einen gemeinsamen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis einigen (§ 212 Abs. 5 Satz 6 SGB V).

Die gesetzlichen Regelungen des Wohnortprinzips, wonach sich die Wirkung des Gesamtvertrages auf alle Versicherten einer Kassenart mit Wohnort im Vertragsgebiet erstreckt, gelten auch für Ersatzkassen (§ 83 SGB V).

1.2.4.3 Gesamtvertrag mit der Knappschaft

Für die knappschaftliche Krankenversicherung nimmt die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See die Aufgaben eines Bundes- und eines Landesverbandes wahr (§ 212 Abs. 3 SGB V).

Die Vertragshoheit hat mehrfach zwischen Bundes- und Landesebene gewechselt.

Aufgrund des GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat die KBV den Gesamtvertrag mit der Knappschaft zum 31.12.2011 gekündigt. Ab 01.01.2012 ist die Vertragskompetenz wieder der Landesebene zugeführt mit der Maßgabe, dass die Knappschaft mit allen KVen im Bundesgebiet Gesamtverträge zu schließen hat (Re-Regionalisierung).

1.2.4.4 Gesamtverträge mit den landwirtschaftlichen Krankenkassen

Träger der Krankenversicherung der Landwirte sind die landwirtschaftlichen Krankenkassen (§ 166 SGB V, § 17 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte KVLG).

Nach dem KVLG gelten für die „Beziehungen der landwirtschaftlichen Krankenkassen zu den Leistungserbringern“ die Vorschriften der §§ 69–140 SGB V entsprechend, wozu auch der Abschluss von Gesamtverträgen gehört. Vertragspartner der Kassenärztlichen Vereinigung ist diejenige Kasse, in deren Bezirk die KV ihren Sitz hat (abweichende Vereinbarungen bei gebietsübergreifender Zuständigkeit solcher Kassen sind möglich). Die für den Abschluss des Gesamtvertrages zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse nimmt insoweit die Aufgaben eines Landesverbandes wahr.

1.2.5 Festsetzung eines Gesamtvertrages durch ein Schiedsamt

Kommt ein Vertrag über die vertragsärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das Schiedsamt (Bundes- oder Landesschiedsamt) mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest (§ 89 Abs. 1 SGB V). Verträge über die vertragsärztliche Versorgung sind insbesondere die Bundesmantelverträge und die Gesamtverträge. Je nachdem, ob es sich um Verträge auf Bundesebene oder um Verträge auf Landesebene handelt, ist entweder das Bundesschiedsamt oder ein Landesschiedsamt zuständig. Eine Festsetzung erfolgt auch dann, wenn ein Vertrag bereits bestanden hat, aber nach dessen Auslaufen oder Kündigung kein neuer Vertrag zustande gekommen ist. Für diesen Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Entscheidung des Schiedsamtes vorläufig weiter. Auf diese Weise ist es ausgeschlossen, dass ein vertragsloser Zustand entsteht.

Das Verfahren insgesamt ist schematisch in Abbildung 3 verdeutlicht.

Die Schiedsämter auf Landesebene sind von der KV, den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen „gemeinsam“ zu bilden. Bei einer Entscheidung über einen Vertrag, der nicht alle Kassenarten betrifft, wirken nur die Vertreter der „betroffenen“ Kassenarten im Schiedsamt mit (§ 89 Abs. 2 SGB V). Auch die Aufsichtsbehörde kann das Schiedsamt anrufen, wenn kein Vertrag zustande kommt.

Die Entscheidungen der Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach den §§ 83, 85 und 87a SGB V sind den Aufsichtsbehörden vorzulegen; diese können innerhalb von zwei Monaten die Entscheidungen beanstanden (§ 89 Abs. 5 SGB V). Gegen die Entscheidung des Schiedsamtes können die der Beteiligten Klage beim jeweils zuständigen Sozialgericht einreichen. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

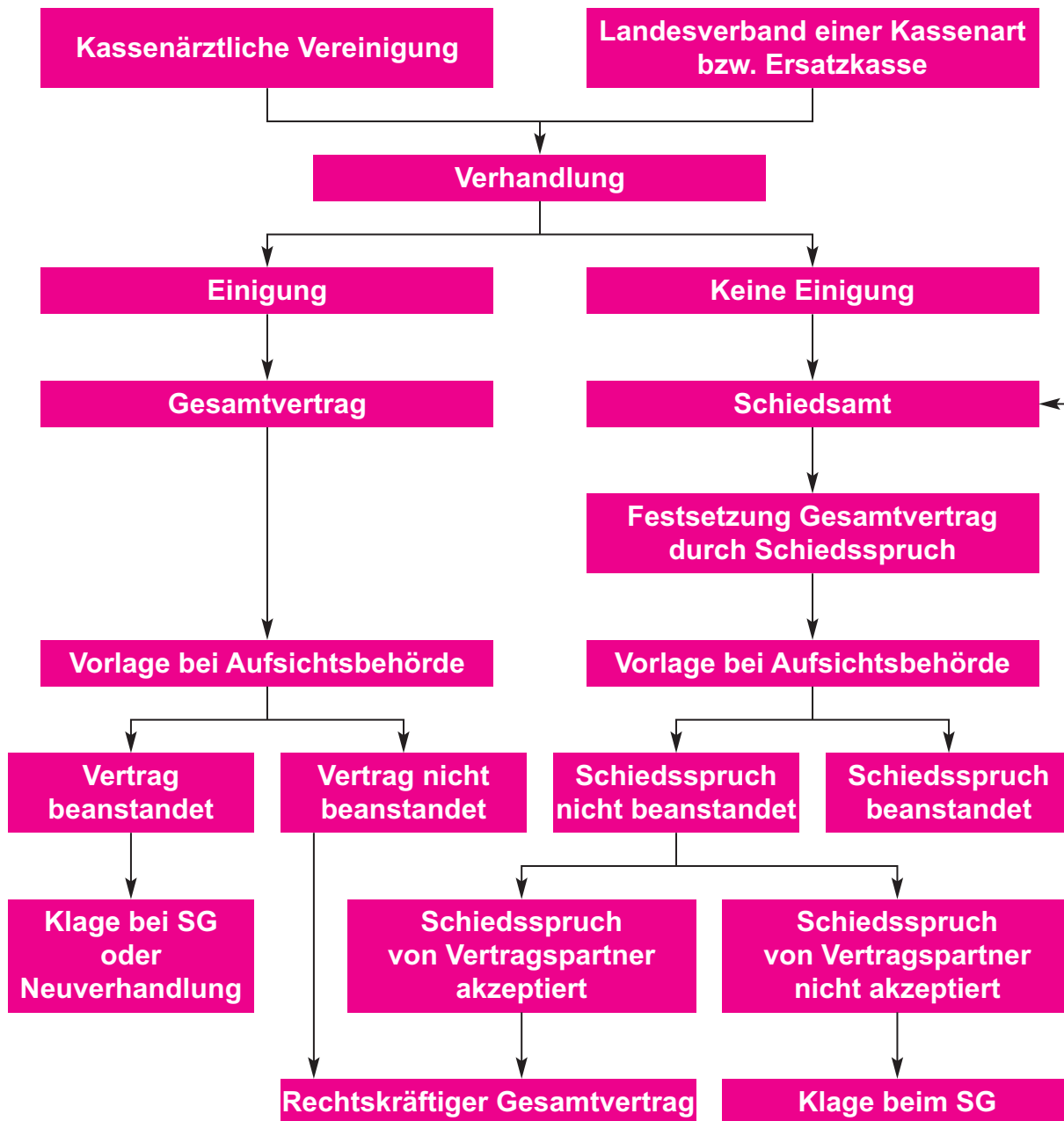


Abbildung 3: Ablaufschema für das Zustandekommen eines Gesamtvertrages

1.3 Alternative Vertrags- und Versorgungsformen

In der politischen Diskussion sind um die Weiterentwicklung der GKV herkömmliche Formen der Vertragsgestaltung sowie herkömmliche Versorgungsstrukturen in Frage gestellt worden. Außerdem haben sich aus der Ärzteschaft heraus alternative Versorgungsformen „vernetzte Praxen“ entwickelt. Darauf hat der Gesetzgeber mit dem 2. NOG vom 23.06.1997 die Voraussetzungen für Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung sowie für Strukturverträge über neue Versorgungs- und Vergütungsstrukturen in der GKV geschaffen. Das GKV-Gesundheitsreformgesetz hat ab 01.01.2000 die Möglichkeit eröffnet, Verträge über sog. integrierte Versorgungsformen

abzuschließen. Mit dem GMG zum 01.01.2004 erweiterten sich die Vertragsoptionen um Verträge über die hausarztzentrierte Versorgung sowie Versorgungsaufträge. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG), das zum 01.04.2007 in Kraft getreten ist, sind die sogenannten „Neuen Versorgungsformen“ wiederum – mit weitreichenden Folgen für die KVen und das kollektive Vertragssystem – modifiziert und erweitert worden.

1.3.1 Modellvorhaben

Der § 63 Abs. 1 SGB V eröffnet den Krankenkassen und ihren Verbänden die Möglichkeit, Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Bereich der Organisation und Finanzierung der Leistungserbringung selbst durchzuführen oder mit ihren Vertragspartnern zu vereinbaren. Gleichzeitig stellt Abs. 6 klar, dass Modellvorhaben auch auf Initiative der KVen vereinbart werden können.

Die Vorschriften über die Modellvorhaben eröffnen vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten, weil in Modellvorhaben das gesamte Leistungserbringerrecht (§§ 69 bis 140h SGB V) sowie unter bestimmten Voraussetzungen (§ 63 Abs. 3a, Satz 2 SGB V) die Vorschriften über den Datenschutz vertraglich suspendiert werden können (§ 63 Abs. 3 SGB V). Nicht außer Kraft gesetzt werden kann allerdings der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 SGB V). Damit können mit einem Modellvorhaben verbundene Mehraufwendungen durch aus dem Modellvorhaben resultierende Kostensenkungen kompensiert werden.

Soweit durch Modellvorhaben die Belange der Vertragsärzte unmittelbar betroffen sind, können Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nur zwischen den Krankenkassen bzw. deren Verbänden und einzelnen Vertragsärzten, Gemeinschaften von Vertragsärzten oder mit KVen abgeschlossen werden (§ 64 Abs. 1 SGB V). Da Modellvorhaben auch ohne KVen vereinbart werden können, sind diese nur noch fakultative Vertragspartner.

Die Durchführung von Modellvorhaben ist wissenschaftlich zu begleiten (§ 65 SGB V).

Modellvorhaben innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung	
Initiative:	Krankenkasse, KV, Vertragsärzte, Gemeinschaften von Vertragsärzten
Ziel:	Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung
Vertragspartner:	Krankenkassen und deren Verbände, Vertragsärzte, Gemeinschaften von Vertragsärzten oder KV
Rahmenbedingungen:	<ul style="list-style-type: none"> ■ § 63 Abs. 4 SGB V ■ Beitragssatzstabilität ■ Dauer fünf bzw. acht Jahre ■ wissenschaftliche Begleitung

Seit dem GKV-VStG können die Kassenärztliche Vereinigung und die maßgebliche Organisation der Apotheker auf Landesebene gemeinsam mit den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ein Modellvorhaben nach § 63 zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung über max. drei Jahre vereinbaren. Das Modellvorhaben ist wissenschaftlich zu evaluieren (§ 64a SGB V – Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung).

Modellvorhaben Arzneimittelversorgung	
Initiative:	KV, Organisation der Apotheker auf Landesebene, Krankenkassen
Ziel:	Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung
Vertragspartner:	Krankenkassen und deren Verbände, Organisation der Apotheker auf Landesebene, KV
Rahmenbedingungen:	<ul style="list-style-type: none"> ■ § 64a SGB V ■ Dauer bis zu drei Jahre ■ wissenschaftliche Begleitung

1.3.2 Strukturverträge

Im Gegensatz zu den Modellvorhaben, die im Regelfall auf fünf bzw. acht Jahre zu befristen sind, erhalten die Partner der Gesamtverträge mit dem § 73a SGB V die Option, in Strukturverträgen neue Versorgungs- und Vergütungsstrukturen ohne zeitliche Befristung, also auf Dauer zu vereinbaren. Diese Strukturverträge eröffnen als Bestandteil der Gesamtverträge einen breiten Gestaltungsspielraum.

Die Strukturverträge selbst beruhen auf dem Prinzip der Freiwilligkeit, sie sind somit nicht schiedsamtstfähig. Auch die Teilnahme an derartigen Verträgen ist sowohl für den einzelnen Arzt als auch für den einzelnen Versicherten fakultativ.

Die Strukturverträge konzentrieren sich im Wesentlichen auf eine weitgehend umfassende finanzielle (Budget-)Verantwortung des Vertragsarztes bzw. einer Gruppe von Vertragsärzten. Vor diesem Hintergrund haben auch die Strukturverträge unmittelbare Auswirkungen auf die Gesamtvergütungen sowie die Ausgabenvolumen für Arznei- bzw. Heilmittel und die Richtgrößen gem. § 84 SGB V.

Auch bei der Vereinbarung von Strukturverträgen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs.1 Satz 1 SGB V) zu beachten.

Strukturverträge innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung

Initiative:	Landesverband der Krankenkasse, KV
Ziel:	neue Versorgungs- und Vergütungsstrukturen
Vertragspartner:	KV und Landesverbände der Krankenkassen bzw. Ersatzkassen
Rahmenbedingungen:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beitragssatzstabilität ■ keine zeitliche Befristung ■ Freiwilligkeit bei Versicherten und Ärzten

1.3.3 Hausarztzentrierte Versorgung

Die Krankenkassen sollen seit dem 01.01.2004 neben der hausärztlichen Versorgung eine qualitativ besonders hoch stehende hausarztzentrierte Versorgung sicherstellen und den Versicherten anbieten (§ 73b Abs. 1 SGB V). Seit dem 01.04.2007 ist diese Regelung durch das GKV-WSG noch verstärkt worden, dass Krankenkassen eine hausarztzentrierte Versorgung „anzubieten haben“. Im Gegensatz zu der bis April 2007 geltenden Fassung des § 73b SGB V ist die hausarztzentrierte Versorgung aus dem kollektivvertraglichen System gelöst worden. Auch die Beteiligungsmöglichkeit der KVen an entsprechenden („Einzel“-)Verträgen ist nun eingeschränkt, da sie nur noch unter bestimmten Bedingungen Vertragspartner werden können.

Für die Versicherten ist die Teilnahme an dieser besonderen Versorgungsform freiwillig. Die Versicherten verpflichten sich im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung gegenüber ihrer Krankenkasse, für ein Jahr andere Vertragsärzte nur auf Überweisung des von ihnen gewählten, an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Ausnahmen von diesem Überweisungsgebot bestehen grundsätzlich im Falle der Inanspruchnahme von Frauen- und Augenärzten. Die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt.

Mit Hilfe der hausarztzentrierten Versorgung sollen Wirtschaftlichkeitsreserven – beispielsweise durch Verbesserung der Pharmakotherapie – erschlossen werden. Zudem verstärkt sie eine Lotsenfunktion des Hausarztes, wodurch gegebenenfalls unnötige Doppeluntersuchungen sowie Krankenhauseinweisungen vermieden werden sollen.

Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots einer hausarztzentrierten Versorgung schließen die Krankenkassen – allein oder in Kooperation mit anderen Kassen – Verträge. **Mögliche Vertragspartner** sind

- Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen (vor allem also Haus- und Kinderärzte oder hausärztlich tätige Internisten),
- Gemeinschaften dieser Leistungserbringer (bspw. Hausarztverbände) und
- Träger von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer anbieten (MVZs, Managementgesellschaften).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können nur noch dann Vertragspartner der Krankenkassen für Verträge nach § 73b SGB V werden, wenn sie von Gemeinschaften von Leistungserbringern hierzu ermächtigt werden (Abs. 4 Satz 2 Nr. 4) und nur als nachrangiger Vertragspartner im Sinne einer Zweitverwertung.

Der **Sicherstellungsauftrag** der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Abs. 1 SGB V wird, bezogen auf die Versicherten, die an einem Hausarztvertrag teilnehmen, eingeschränkt. Demzufolge geht auch die Sicherstellung des der hausarztzentrierten Versorgung zuzurechnenden Notdienstes auf die Krankenkassen über. Die Krankenkassen können diesen jedoch durch Zahlung eines entsprechenden Aufwendersatzes durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen (Abs. 4 Satz 6).

An die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte werden besondere Anforderungen gestellt, die über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 SGB V hinausgehen, und an deren Ausgestaltung und Umsetzung die Kassenärztlichen Vereinigungen beteiligt werden können (Abs. 2).

Die Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung (u. a. Vereinbarung der Mindestanforderungen, Vergütungsstruktur) obliegt den Vertragspartnern (§ 73b Abs. 5 SGB V). Zudem haben die Krankenkassen die Möglichkeit, die Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten in ihren Satzungen festzulegen. Bei Verträgen, die nach dem 22.09.2010 zustande kommen, ist bei der zu vereinbarenden Vergütung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) zu beachten.

Für den einzelnen Hausarzt besteht grundsätzlich kein Anspruch auf einen Vertragsabschluss. Die Krankenkassen sind nur verpflichtet, mit der Anzahl von Hausärzten Verträge zu schließen, die für die flächendeckende Versorgung ihrer Versicherten notwendig ist. Andererseits muss auch kein Hausarzt sich an einem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung beteiligen.

Zur **Finanzierung der Verträge** und zur Vermeidung einer Doppelfinanzierung sind die Vertragspartner der Gesamtverträge zu einer Bereinigung der Gesamtvergütung verpflichtet. Die Bereinigung erfolgt um den Betrag, den die Erfüllung des hausärztlichen Versorgungsauftrags – bezogen auf die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten im Rahmen der kollektivvertraglich organisierten vertragsärztlichen Leistungserbringung – gekostet hätte.

Der bundesweit erste Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung ohne Beteiligung einer Kassenärztlichen Vereinigung – direkt zwischen Krankenkasse und Gemeinschaft von Leistungserbringern – wurde zum 01.07.2008 in Baden-Württemberg zwischen der AOK Baden-Württemberg, der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG) und der MEDIVERBUND Dienstleistungs-GmbH geschlossen.

Da nach ursprünglicher Rechtsvorschrift lediglich ca. 60 Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung zustande kommen, wurde mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen (GKV-OrgWG) zum 01.01.2009 der § 73b SGB V erneut

modifiziert: Zur flächendeckenden Sicherstellung haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30.06.2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten.

Sofern Verträge mit Gemeinschaften (mindestens 50 % Mandatierungen) abgeschlossen werden, besteht u. a. für die jeweilige – sofern ermächtigte – Kassenärztliche Vereinigung die Möglichkeit einer „Zweitverwertung“ und damit die Möglichkeit eines weiteren Vertragsabschlusses als nachrangiger Vertragspartner.

Hausarztzentrierte Versorgung innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung	
Initiative:	Krankenkasse, Hausärzte, Gemeinschaften von Hausärzten, zugelassene medizinische Versorgungszentren, KVen (bei Ermächtigung durch Gemeinschaften von an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmenden Leistungserbringern)
Ziel:	Erhöhung der Versorgungsqualität durch Lotsenfunktion des Hausarztes, Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven
Vertragspartner:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Krankenkassen ■ zugelassene Hausärzte und deren Gemeinschaften ■ Träger von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, anbieten ■ KVen – sofern ermächtigt
Rahmenbedingungen:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Satzung der Krankenkasse ■ Ausschreibung ■ Regelung zu besonderen sächlichen, personellen und qualitativen Anforderungen sowie Vergütung ■ Freiwilligkeit bei Versicherten und Ärzten ■ Mindestbindungsdauer des Versicherten: 1 Jahr ■ Verzicht auf freie Arztwahl ■ keine zeitliche Befristung

1.3.4 Versorgungsaufträge für besondere ambulante ärztliche Versorgung

Über die Neufassung des § 73c SGB V durch das GKV-WSG zum 01.04.2007 wurden weitere dezentrale einzelvertragliche Strukturen möglich.

Versorgungsaufträge sind vertragliche Vereinbarungen, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen können (§ 73c Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Die ambulante ärztliche Versorgung umfasst alle Formen ambulanter ärztlicher Berufsausübung, die vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gedeckt sind, wie:

- Vorsorge und
- Früherkennung sowie
- Rehabilitation und
- palliativmedizinische Versorgung,

soweit es sich jeweils um ärztliche Versorgung handelt.

Ob und in welchem Umfang entsprechende Verträge geschlossen werden, bleibt den Krankenkassen überlassen. Eine Pflicht zur Anbietung einer solchen Versorgungsform wie in der hausärztlichen Versorgung nach § 73b SGB V besteht nicht.

Die Teilnahme an diesen Versorgungsverträgen ist für den Versicherten freiwillig. Sie bindet ihn für mindestens ein Jahr.

Anders als in der hausärztlichen Versorgung kann bei Verträgen nach § 73c SGB V auch die KV direkter Vertragspartner sein.

Für die Dauer des Vertrages geht der Sicherstellungsauftrag im Umfang der Vertragsinhalte auf die Krankenkasse über. Der Notfalldienst kann entsprechend § 73b SGB V durch die KVen gegen einen Aufwendungsersatz sichergestellt werden.

Hinsichtlich der Bereinigung gilt grundsätzlich die gleiche Regelung wie bei § 73b SGB V.

Versorgungsaufträge innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung	
Initiative:	Krankenkasse(n), KV, Vertragsärzte, Gemeinschaften von Vertragsärzten
Ziel:	Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen
Vertragspartner:	Krankenkasse allein oder gemeinsam, vertragsärztliche Leistungserbringer allein oder gemeinsam, KV, Träger von Einrichtungen
Rahmenbedingungen:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Freiwilligkeit für Vertragsärzte und Versicherte ■ Mindestbindungsdauer des Versicherten 1 Jahr ■ Ausschreibung

1.3.5 Qualitätssicherungsprogramme

Mit Wirkung ab 01.07.2008 können die KVen über den § 136 Abs. 4 SGB V zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung mit einzelnen Krankenkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden. Die Ärzte, die die Qualität ihrer Leistungen nach aktuellen Erkenntnissen nachweisen, erhalten eine höhere Vergütung. Die Vergütung der an den Vereinbarungen nicht teilnehmenden Ärzte wird entsprechend reduziert. So wird sichergestellt, dass die Kosten für die Krankenkassen insgesamt konstant bleiben.

Qualitätssicherungsprogramme	
Initiative:	Landesverband der Krankenkasse, KV
Ziel:	Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung
Vertragspartner:	KV und Landesverbände der Krankenkassen bzw. Ersatzkassen
Rahmenbedingungen:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beitragssatzstabilität ■ keine zeitliche Befristung ■ Freiwilligkeit bei Versicherten und Ärzten

1.3.6 Integrierte Versorgungsformen

Die integrierte Versorgung nach den §§ 140a bis 140d SGB V soll eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende und integrierende Versorgung der Versicherten ermöglichen. Auch integrierte Versorgungsformen, die sich auf eine fachärztliche Versorgung in Verbindung mit einer hausärztlichen Versorgung beschränken, sind möglich.

Der Kreis der potenziellen Vertragspartner umfasst neben einer Gemeinschaft von Ärzten auch einzelne Ärzte (§ 140b Abs. 1 SGB V) sowie neben den Leistungserbringern auch deren Träger, die nicht selbst die Versorgung durchführen (§140b Abs. 1 Nr. 4 SGB V) sowie Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen (§ 140b Abs. 1 Nr. 5 SGB V) und Pharmazeutische Unternehmer und Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte. Die KVen sind als Vertragspartner nicht vorgesehen.

Eine im Vergleich zur sonstigen Systematik der gesetzlichen Krankenversicherung bemerkenswerte Regelung eröffnet sich in § 140a Abs. 1 Satz 3 SGB V: Danach ist der Sicherstellungsauftrag der KVen (§ 75 Abs. 1 SGB V) insoweit eingeschränkt, als eine integrierte Versorgung durchgeführt wird. Endet der Vertrag, lebt der Sicherstellungsauftrag der KV wieder auf. Eine Verpflichtung der Krankenkassen, dauerhaft und flächendeckend die Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, entsteht für die Krankenkassen also zu keinem Zeitpunkt.

Verträge zu integrierten Versorgungsformen sind nicht Bestandteil der Gesamtverträge. Sie sind anders als Modellvorhaben zeitlich grundsätzlich nicht befristet. Die Verträge können Abweichungen von den Vorschriften des Leistungserbringerrechts vorsehen.

Die Teilnahme an der integrierten Versorgung ist für die Versicherten (die freie Arztwahl bleibt uneingeschränkt erhalten) freiwillig (§ 140a Abs. 2 SGB V).

Verträge zu integrierten Versorgungsformen	
Initiative:	einer der u. g. Vertragspartner
Ziel:	eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende und integrierende Versorgung
Vertragspartner:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Krankenkasse einerseits sowie andererseits einzelne zugelassene Ärzte und sonstige an der Versorgung der Versicherten beteiligte Leistungserbringer ■ Managementgesellschaften (Träger, die nicht selbst Versorger sind, sondern eine Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer anbieten) ■ Träger zugelassener Krankenhäuser/stationärer Vorsorge- und Reha-Einrichtungen ■ Träger von medizinischen Versorgungszentren unter Beteiligung von Apotheken ■ Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen ■ Pharmazeutische Unternehmer ■ Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte
Rahmenbedingungen:	<ul style="list-style-type: none"> ■ keine zeitliche Befristung ■ Freiwilligkeit bei Versicherten und Leistungserbringern

1.4 Disease-Management-Programme

Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs wurde ab dem 01.01.2002 die Möglichkeit zur Durchführung von **Disease-Management-Programmen (DMP)** geschaffen. Mit diesen strukturierten Behandlungsprogrammen sollen chronisch Kranke wie Asthmatiker, Diabetiker, Brustkrebspatienten oder Herzranke besser versorgt werden. Für die Krankenkassen besteht dabei ein wirtschaftlicher Anreiz, möglichst viele ihrer Versicherten in die DMPs einzubinden, da dies ihre Ausgleichsansprüche im Rahmen des RSA erhöhen kann. In einem anerkannten Disease-Management-Programm eingeschriebene Versicherte werden gesondert im RSA berücksichtigt: Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen chronisch kranken Versicherten erhalten dadurch höhere Transferzahlungen im Morbi-RSA.

Zur Förderung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137g SGB V erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen für jeden nach § 2 Abs. 1 Satz 3 RSAV eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- und Koordinationsleistungen (§ 33 RSAV).

Nach dem Willen des Gesetzgebers dienen Disease-Management-Programme der Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen. Strukturierte Behandlungsprogramme sollen zu mehr Kooperation und Koordination langfristiger Behandlungsverläufe auf der Grundlage evidenzbasierter Grundsätze der Diagnostik und Therapie beitragen.

Seit 2004 hat die RSAV die Voraussetzungen der Behandlung im Rahmen von DMPs für die Krankheitsbilder Diabetes Typ 1 und 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit sowie Asthma bronchiale und COPD (chronisch obstructive pulmonary disease) geschaffen.

Durch das Versorgungsstrukturgesetz ging die Regelungskompetenz für strukturierte Behandlungsprogramme chronisch kranker Menschen auf den G-BA über.

Seit dem 01.01.2012 werden diese Anforderungen direkt vom G-BA als Richtlinie erlassen.

Die Vertragspartner haben ein Jahr Zeit, die DMP-Verträge an die geänderten Inhalte anzupassen.

Lernziele zur Gesamtvergütung

Wenn Sie den nachfolgenden Abschnitt durchgearbeitet haben, sollten Sie darüber Auskunft geben können

- woher der Begriff „Gesamtvergütung“ stammt und welche Bedeutung er hat,
- was die „gesamte vertragsärztliche Versorgung“ umfasst, die mit der Zahlung der Gesamtvergütung abgegolten ist,
- was es mit der „befreienden Wirkung“ der Gesamtvergütung auf sich hat,
- welche Bedeutung die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten der Krankenkassen (Grundlohnsumme) hinsichtlich der Höhe der Gesamtvergütungen hat,
- welche Probleme es gibt, um die im Gesetz vorgesehene Berücksichtigung der Praxiskostenentwicklung, die für die ärztliche Tätigkeit aufzuwendende Arbeitszeit und den medizinischen Fortschritt bei der Veränderung der Gesamtvergütungen durchzusetzen,
- was „Fremdarztleistungen“ sind und wie diese in die Gesamtvergütung einfließen und
- welches die Aufsichtsbehörden über die KVen sind, wann diese berechtigt sind, einen Gesamtvertrag zu beanstanden und welche Folgen eine solche Beanstandung hat.

2 Die Gesamtvergütung

2.1 Die Gesamtvergütung als zentrales Vergütungssystem

Die Krankenkassen entrichten nach Maßgabe des Gesamtvertrages (§ 83 SGB V) für die gesamte vertragsärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen.

2.1.1 Begriff „Gesamtvergütung“

Die Krankenkassen entrichten eine Gesamtvergütung „für die gesamte vertragsärztliche Versorgung“ (§ 85 Abs. 1 SGB V). Der Umfang der vertragsärztlichen (d. h. kollektiven) Versorgung ergibt sich aus dem Gesetz und den Verträgen, insbesondere aus den Bundesmantelverträgen (§ 2 BMV-Ä). Eine schematische Übersicht über die vertragsärztlichen Leistungen gibt Abbildung 1. Der Begriff „Gesamtvergütung“ selbst ist gesetzlich definiert als das „Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen“ (§ 85 Abs. 2 SGB V).

Unter Gesamtvergütung ist die Summe aller Vergütungen zu verstehen,

- die eine Krankenkasse
- für sämtliche Leistungen zu entrichten hat,
- die für einen vereinbarten Zeitraum
- von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen,
- sonstigen ermächtigten Personen und Einrichtungen
- und in Notfällen auch von sonst nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen
- im Geltungsbereich des SGB V (Bundesrepublik Deutschland) erbracht wurden,
- und für die bei der Leistungserbringung entstandenen und zusätzlich zu ersetzenden besonderen Kosten.

Dabei spielt es keine Rolle, ob diese Vergütung nach Einzelleistungen oder nach einem Pauschalsystem errechnet wurde. Gesamtvergütung ist also nicht (wie fälschlicherweise immer wieder angenommen wird) ein Synonym für Pauschalvergütung.

Nach § 2 Abs. 7 des Bundesmantelvertrages bzw. § 2 Abs. 8 des Bundesmantelvertrages Ersatzkassen gehören zur vertragsärztlichen Versorgung auch Leistungen, die aufgrund besonderer Verträge erbracht werden. Hierzu gehören je nach regionaler oder auf Bundesebene getroffener Vereinbarung z. B. Erstattungen für den besonderen Aufwand bei der ambulanten Behandlung krebskranker Patienten, für die schmerztherapeutische Behandlung von chronisch schmerzkranken Patienten und die Vergütung nichtärztlicher Leistungen im Rahmen der sozialpädiatrischen Tätigkeit.

Von der Gesamtvergütung ausgenommen sind die Vergütungen für die Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren, da diese gem. § 120 Abs. 2 SGB V unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden.

Die Bundesmantelverträge definieren auch diejenigen Leistungen, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehören und dementsprechend auch nicht aus der Gesamtvergütung honoriert werden dürfen. Das sind solche, für welche die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind, sondern ggf. andere Sozialleistungsträger, ferner Leistungen der Krankenhäuser im Rahmen der vor- und nachstationären sowie teilstationären Behandlung und ambulante Operationen im Krankenhaus.

Nicht aus der Gesamtvergütung zu honorieren sind auch die so genannten „neuen Leistungen“, die noch nicht in die vertragsärztliche Versorgung einbezogen worden sind, weil eine entsprechende Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses noch nicht vorliegt (§ 135 Abs. 1 SGB V).

2.1.2 Befreiende Wirkung der Gesamtvergütung

Die Zahlung der Gesamtvergütung durch die Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung erfolgt „mit befreiender Wirkung“. Damit hat die Krankenkasse alle Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung der KV bezahlt. Darüber hinaus besteht keine Zahlungspflicht der Krankenkasse an den Arzt oder an den Versicherten der Krankenkasse für Leistungen, die Gegenstand der Verträge über die vertragsärztliche Versorgung sind.

Der Vertragsarzt hat gegenüber der Krankenkasse keinen unmittelbaren Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen. Dies resultiert aus der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit. Dadurch erwirbt er einen Anspruch auf Teilnahme an der Honorarverteilung nach Maßgabe des Vertrages über den Honorarverteilungsmaßstab (HVM-V) der KV. Es besteht auch kein Anspruch eines im Notfall tätig gewordenen Nichtvertragsarztes gegenüber der Krankenkasse auf Vergütung seiner Leistungen. Dieser kann seinen Anspruch nur bei der KV geltend machen.

Mit Einführung des Gesetzes zum Wohnortprinzip haben sich die Vertragsbeziehungen der Krankenkassen zu den KVen erweitert: Zwar zahlen Krankenkassen, die sich nicht über mehr als ein Bundesland erstrecken, die Gesamtvergütung weiterhin an die KV, in deren Bereich sie ihren Sitz hat (Kassensitzprinzip). Für Krankenkassen, die sich über mehr als ein Bundesland erstrecken, gilt seit dem 01.01.2002 das Wohnortprinzip. Danach zahlt die Krankenkasse die Gesamtvergütung an jeweils die KV, in deren Bereich Mitglieder dieser Krankenkasse ihren Wohnort haben. Mit der Gesamtvergütung sind nicht nur die Leistungen der Vertragsärzte innerhalb des Bezirks der vertragsschließenden KV abgegolten, sondern auch die Leistungen von sog. „Fremdärzten“ (Vertragsärzten, die in Bereichen anderer KVen niedergelassen sind).

Die von „Fremdärzten“ erbrachten Leistungen werden zwischen den beteiligten KVen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, der über die Clearingstelle der KBV abgewickelt wird (§ 81 Abs. 3 Nr. 1 SGB V), ausgeglichen.²

2.1.3 Beanstandungen von Gesamtverträgen durch die Aufsichtsbehörden

Bei dem Abschluss von Gesamtverträgen haben die Vertragspartner den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten (§ 71 Abs. 1 SGB V). Mit dem GSG hat der Gesetzgeber diese Verpflichtung mit der Auflage verbunden, dass die Vereinbarungen über die Vergütung den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen sind. Die Aufsichtsbehörden können die Vereinbarungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden.

Auch die Schiedsämter (§ 89 SGB V) sind verpflichtet, ihre Entscheidungen über die Vergütungen der Leistungen bei der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen (§ 89 Abs. 5 SGB V).

Die Vertragspartner der Gesamtverträge können gegen Beanstandungen der Aufsichtsbehörden Anfechtungsklage bei den für sie zuständigen Sozialgerichten erheben.

2.2 Aktuelles Vergütungssystem

Ab 2009 wurde das Vergütungssystem durch das GKV-WSG grundlegend neu gestaltet. Aber bereits 2012 traten erneut grundlegende Änderungen in Kraft durch die das GKV-VStG die §§ 87a und b SGB V regeln; die so genannte „Regionalisierung“ – die Kompetenz geht von der Bundesebene zurück auf die Landesebene über. Die Verhandlungen mit den Krankenkassen über die Höhe der Gesamtvergütung, aber auch die Honorarverteilung selbst sind wieder Aufgabe der regionalen KVen. Sie legen wieder eigene Honorarverteilungsmaßstäbe fest und können so besser auf die regionalen Gegebenheiten und Besonderheiten eingehen. Die KBV und die Krankenkassen auf Bundesebene geben dazu lediglich Empfehlungen, die bei den regionalen Verhandlungen berücksichtigt werden können.

2.2.1 Regionale Euro-Gebührenordnung, morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich auf der Grundlage bundesweit festgelegter Orientierungswerte erstmals bis zum 15.11.2008, danach bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres einen Punktwert für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr. Die Vertragspartner auf Landesebene können Zu-

² Siehe hierzu auch KBV-Fortbildung, Heft 12 „Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen, Fremdkassenzahlungsausgleich und Honorarverteilung“.

bzw. Abschläge auf den Orientierungswert vereinbaren, um **insbesondere** regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen (§ 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V).

Darüber hinaus können seit 2012 (GKV VStG) Zuschläge auf den Orientierungswert für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart werden. Diese Zuschläge müssen sich an Kriterien des Bewertungsausschusses ausrichten.

Aus dem vereinbarten Punktwert und dem EBM ist eine regionale Gebührenordnung in Euro-Preisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen.

Für das Jahr 2012 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss den bundesweiten Orientierungswert mit 3,5048 Cent festgesetzt. In diesem Zusammenhang hat er für das Jahr 2012 festgestellt, dass keine bundeseinheitlichen Indikatoren zur Messung der regionalen Unterschiede bei der Versorgungs- und Kostenstruktur definiert werden können. Dennoch können KVen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen auf Landesebene Zu- oder Abschläge zum bundesweiten Orientierungswert auf Grund regionaler Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur vereinbaren.

Ebenfalls erstmals bis zum 15.11.2008, danach jährlich bis zum 31. Oktober, vereinbaren die Vertragsparteien auf Landesebene gemeinsam und einheitlich die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ermittelt sich aus dem mit der Anzahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf, multipliziert mit den regionalen Punktwerten.

Ergeben sich weitere Leistungen, die aus einem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs herrühren, sind diese von den Krankenkassen zeitnah, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten.

2.2.1.1 Leistungen außerhalb der MGV

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung können vereinbart werden. Gesetzlich definiert sind die vertragsärztlichen Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit (§ 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V). Daneben hat der Erweiterte Bewertungsausschuss weitere Leistungen festgelegt, die außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind.

Dies sind folgende Leistungen des EBM:

1. belegärztliche Leistungen (Kapitel 36 SGB V, Nrn. 13311, 17370, Geburtshilfe)
2. Kapitel 31 (amb. Operieren) sowie Nrn. 13421–13431, 04514, 04515, 04518, 04520

3. Abschnitt 1.7.1–1.7.4
4. Früherkennungsuntersuchung U7a
5. Hautkrebsscreening
6. Vakuumstanzbiopsie
7. Strahlentherapie
8. Phototherapeutische Keratektomie
9. künstliche Befruchtung

Für diese Leistungen gilt grundsätzlich ebenfalls der vom erweiterten Bewertungsausschuss festgelegte Orientierungswert (im Jahr 2012: 3,5048 Cent). Allerdings sieht der Beschluss des Bewertungsausschusses für einen Großteil dieser Leistungen eine Anhebung des Leistungsbedarfs vor. Ergänzend dazu können von den Vertragspartnern auf Landesebene leistungsbezogene Aufschläge zum Orientierungswert für diese Leistungen vereinbart werden.

Darüber hinaus können die Gesamtvertragspartner weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergüten, wenn sie besonders gefördert werden sollen.

Das ab dem 01.01.2009 geltende Vergütungssystem führte auch zu Anpassungen beim Fremdkassenzahlungsausgleich. Dieser wird seitdem zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, deren Mitglied der Leistungserbringer ist, durchgeführt (§ 87a Abs. 3a SGB V).

2.2.1.2 Systematik ab 2012

Die mit dem GKV-Finanzierungsgesetz eingeführte Deckelung für so genannte extra-budgetäre Leistungen wie ambulante Operationen wurde mit dem GKV-VStG aufgehoben. Alle diese Leistungen werden ab 2012 wieder ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen honoriert.

Mit dem GKV-VStG 2012 wird die Honorarentwicklung im Wesentlichen wieder regional entschieden. Mit der Gesundheitsreform von 2007 war diese Aufgabe in entscheidenden Punkten auf die Bundesebene übergegangen: Die KBV hatte bundesweit zentral mit den Krankenkassen die Honorarsteigerungen verhandelt.

Ab dem Jahr 2013 erhalten die KVen auch bei der regionalen Verhandlung über die Höhe der Gesamtvergütung mehr Gestaltungsspielräume. Die KBV und der GKV-Spitzenverband werden im Bewertungsausschuss nur noch Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Gesamtvergütung erarbeiten. Diese betreffen vor allem die morbiditätsspezifische Veränderungsrate für die einzelnen KV-Bereiche – ein entscheidender Faktor für Honorarsteigerungen. Darüber hinaus legen die Vertragspartner auf der Bundesebene jährlich bis zum 31. August einen bundeseinheitlichen Punktwert als Orientierungswert in EURO zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen sowie

Vorgaben zur Ermittlung der Aufsatzwerte zur Bereinigung fest. Bei der Anpassung dieses Orientierungswertes sind insbesondere die Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten zu berücksichtigen.

2.2.2 Vergütung der Ärzte – Honorarverteilung

In dem Zeitraum vom 01.01.2009 bis 31.12.2011 erfolgte die Vergütung der Ärzte nicht mehr nach Punkten, sondern auf der Grundlage der regional geltenden Euro-Gebührenordnung zu jährlich festgelegten Europreisen (§ 87b Abs. 1 SGB V). Dadurch wurde – im Gegensatz zum bisherigen Punktesystem – im Voraus transparent, welches Honorar für die Behandlung eines Patienten abgerechnet werden konnte. Dies ermöglichte eine verlässlichere Kalkulation innerhalb des Regelleistungsvolumens zur Verfügung stehenden Honorars.

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis waren arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen festzulegen. Das Regelleistungsvolumen (RLV) definierte sich als die von der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen, die mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten waren. Die das Regelleistungsvolumen überschreitende Menge an Leistungen war mit abgestaffelten Preisen zu vergüten. Nicht auf das Regelleistungsvolumen angerechnet wurden antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen bestimmter Arztgruppen (u. a. der Psychotherapeuten oder der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie). Darüber hinaus konnten besondere Leistungen außerhalb der RLV vergütet werden. Hierunter fielen auch gesamtvertraglich vereinbarte Einzelleistungen.

Ausgangsbasis für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen war die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, welche die Partner der Gesamtverträge zu vereinbaren hatten.

Mit dem Inkrafttreten des GKV VStG zum 01.01.2012 erfolgt die Vergütung wieder im Rahmen einer regionalen Honorarverteilung, die nach haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichen getrennt wird. Verantwortlich hierfür ist ausschließlich die Kassenärztliche Vereinigung, die hierzu einen Honorarverteilungsmaßstab im Benehmen mit den Krankenkassen erstellt.

Der Honorarverteilungsmaßstab hat zur Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit für eine verlässliche Planung mengensteuernde Maßnahmen unter Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs vorzusehen.

Darüber hinaus kann der Honorarverteilungsmaßstab gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen vorsehen. Voraussetzung ist, dass dies einer Verbesserung der ambulanten Versorgung dient und das Praxisnetz von der KV anerkannt wird.

2.3 Veränderung der Gesamtvergütungen

Bei den Vereinbarungen über die Veränderung der Gesamtvergütungen haben die Partner der Gesamtverträge die gesetzlichen Rahmenvorschriften zu berücksichtigen.

2.3.1 Zeitraum bis zum Jahr 2012:

Danach waren folgende Faktoren zu beachten:

- die Praxiskosten,
- die für die vertragsärztliche Tätigkeit aufzuwendende Arbeitszeit,
- Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen,
- der Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

2.3.1.1 Praxiskosten

Praxiskosten und Arbeitszeit sind die „Produktionsfaktoren“ für die Erbringung der vertragsärztlichen Leistungen. Die empirische Messung begegnete in der Vergangenheit erheblichen praktischen Schwierigkeiten. Kostenstrukturstatistiken auf der Basis steuerlich anerkannten Betriebsausgaben sind für eine betriebswirtschaftliche Ermittlung der Praxiskosten nicht geeignet. Insbesondere werden hierdurch die kalkulatorischen Zusatzkosten nicht erfasst. Da das Gesetz den Begriff „Praxiskosten“ nicht eindeutig beschreibt, setzt die Berücksichtigung der kalkulatorischen Zinsen und Abschreibungen oder die kalkulatorische Miete für Praxisräume im eigenen Wohnraum usw. eine Verständigung unter den Vertragspartnern voraus. Sie ist in der Vergangenheit nicht zu erreichen gewesen. Sie bildet aber die Grundlage für die Berechnungen zum EBM.

2.3.1.2 Arbeitszeit

Nicht anders zu beurteilen ist die Bedeutung des Faktors „Arbeitszeit“. Allein die Messung des Zeitaufwandes für die gesamte vertragsärztliche Tätigkeit, wobei die Mitwirkung nichtärztlicher Praxismitarbeiter unberücksichtigt bleiben muss, bereitet erhebliche Schwierigkeiten. Es geht nicht um die Summierung von Sprechstundenzeiten, sondern auch um die Berücksichtigung aller außerhalb dieses Rahmens liegenden vorbereitenden und ergänzenden ärztlichen Tätigkeiten. Es gehören hierzu auch die Bereitschaftszeiten des Arztes, der Zeitaufwand für die Erledigung von Anfragen und für die vertragsärztliche Fortbildung.

2.3.1.3 Veränderungen durch Anpassung an den medizinischen Fortschritt und durch Berücksichtigung von Leistungsausweitungen

Die Vorschriften über die Veränderung der Gesamtvergütungen sehen keine Anpassung der Vergütungen an den medizinischen Fortschritt vor. Gleichwohl verlangt das Gesetz, dass – unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes – Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen müssen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben (§ 2 Abs.1 SGB V). Konsens besteht grundsätzlich, so genannte „neue Leistungen“, die im Ausgangszeitraum in der Gesamtvergütung nicht enthalten waren, von oberen Begrenzungen auszunehmen.

Hiervon zu unterscheiden sind Leistungsveränderungen, die auf einer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Regelung beruhen (§ 85 Abs. 3 SGB V), und die nach Art und Umfang bei Veränderungen der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen sind. Veränderungen in Form von Leistungsausweitungen durch ein Gesetz sind angesichts des umfassenden Leistungsangebotes der Krankenversicherung ziemlich ausgeschlossen. Für satzungsmäßige Leistungsausweitungen haben die Vorschriften über Modellvorhaben (§ 63 SGB V) weitreichende gesetzliche Voraussetzungen geschaffen.

2.3.1.4 Grundsatz der Beitragssatzstabilität

Die Verpflichtung zur Beachtung der Beitragssatzstabilität richtet sich an die Krankenkassen und die Leistungserbringer. Gemäß § 71 Abs. 1 SGB V haben die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer die Vereinbarungen über die vertragsärztliche Vergütung so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten.

Auch nach Einführung des Gesundheitsfonds und eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes zum 01.01.2009 haben die Krankenkassen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten, obwohl sie künftig nicht mehr selbst den allgemeinen Beitragssatz festlegen, sondern dieser per Rechtsverordnung normiert wird.

Gemäß § 71 Abs. 2 SGB V darf die Gesamtvergütung höchstens um die vom Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit (BMG) für das folgende Kalenderjahr bekannt gegebene Veränderungsrate erhöht werden. Diese Veränderungsrate spiegelt die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen (§ 267 Abs. 1 Nr. 2 SGB V sog. Grundlohnsumme) wider.

Bis zum 15. September eines jeden Jahres stellt das BMG die durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen fest. Bezugsgröße ist dabei der gesamte Zeitraum der zweiten Hälfte des Vorjahres und der ersten Hälfte des laufenden Jahres gegenüber dem entsprechenden Zeitraum der jeweiligen Vorjahre.

Vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität ausgenommen sind gesetzlich vorgeschriebene Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen oder Leistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen gem. § 137f SGB V (§ 71 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Von den genannten Kriterien zur Festsetzung der Gesamtvergütung kommt nach Auffassung des Bundessozialgerichts dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität die größte Bedeutung zu. Dieser ist nicht lediglich ein Programmsatz, sondern verbindliche Obergrenze für Vergütungsvereinbarungen und die an ihre Stelle tretenden Schiedssprüche. Er steht nicht im gleichen Rang mit anderen für die Gesamtvergütung maßgeblichen Bestimmungsfaktoren. Vielmehr geht das BSG davon aus, dass der Gesetzgeber ihm nach Entstehungszusammenhang, Wortlaut und systematischer Stellung im SGB V Vorrang gegenüber den anderen Vergütungskriterien eingeräumt hat.

In Bezug auf die Vereinbarung der Gesamtvergütung trat jedoch zum 01.01.2009 ein Paradigmenwechsel ein. Seit dem 01.01.2009 orientiert sich die Gesamtvergütung dann nicht mehr an einem durch die unterschiedlichen Berechnungsmodi (Kopfpauschale, Fallpauschale, Festbetrag) fingierten Bedarf, sondern am tatsächlichen Behandlungsbedarf aufgrund der Morbidität der Versicherten. Daher sieht § 87a Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V vor, dass der vereinbarte Behandlungsbedarf als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V gilt, d. h. es wird gesetzlich fingiert, dass der zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen vereinbarte Behandlungsbedarf den Grundsatz der Beitragsstabilität nicht verletzt.

2.3.2 Zeitraum ab dem Jahr 2013

Grundlage für die Vereinbarung über die Anpassung des Behandlungsbedarfs (§ 87a Abs. 4 SGB V) der Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung sind insbesondere Veränderungen bei

1. der Zahl der Versicherten der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung,
2. der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung,
3. Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhen,
4. dem Umfang der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor und
5. dem Umfang der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung;

dabei sind die Empfehlungen und Vorgaben des Bewertungsausschusses zu berücksichtigen.

Durch die Neufassung der Vorgaben für die Zeit ab dem 01.01.2013 wird die deutlich gestärkte Gestaltungsverantwortung der regionalen gemeinsamen Selbstverwaltung – der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen – bei den Vereinbarungen über den notwendigen Behandlungsbedarf verdeutlicht. Der jährlich anzupassende notwendige Behandlungsbedarf entspricht – wie bisher – dem Umfang der medizinisch notwendigen ärztlichen Leistungsmengen, bewertet mit dem regional vereinbarten Punktwert. Hieraus ergibt sich die von den Krankenkassen für das Folgejahr zu zahlende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Künftig haben die regionalen Vertragspartner über die notwendige Anpassung des Behandlungsbedarfs in Verhandlung zu treten und dabei – in regionaler Hinsicht – insbesondere die Veränderungen der in den Nrn. 1–5 aufgeführten Kriterien zu berücksichtigen.

Fragen zur Selbstkontrolle

Wenn Sie das vorliegende Fortbildungsheft durchgearbeitet haben, sollten Sie einmal versuchen, die folgenden Fragen zu beantworten:

1. Was beinhaltet der Gesamtvertrag, welche Vertragspartner schließen ihn ab und für wen gilt er?
2. Was ist, wenn ein Gesamtvertrag nicht zustande kommt?
3. Welche Voraussetzungen erfordert die Durchführung von Modellvorhaben und wie unterscheiden sie sich von Strukturvorhaben, hausarztzentrierter Versorgung, Versorgungsaufträgen und integrierten Versorgungsformen?
4. Was versteht man ganz allgemein unter Gesamtvergütung?
5. Welche Berechnungsarten für die Gesamtvergütung gibt es?
6. Welche Faktoren sind bei der Veränderung der Gesamtvergütung zu beachten?
7. Wer kann aus welchem Grund einen Gesamtvertrag beanstanden?

Schlagwortverzeichnis

Schlagwort	Seite
Abrechnung	32
Arznei- und Verbandmittel	12
Beanstandung	29, 32
Befreiende Wirkung	29ff.
Behandlung	10, 12, 28, 30f., 35
Behandlungsbedarf	15, 32f., 38f.
Betriebskrankenkasse	16
Bundesknappschaft	17
Bundesmantelvertrag	8f., 11, 13, 15f., 18, 23, 30f.
Disease-Management-Programm	8, 13, 27f., 38
EBM	33, 36
Einzelleistungsvergütung	30, 35
Ersatzkassen	8, 11, 14, 17ff., 21f., 26, 30, 32f., 39
Fallpauschale	38
Festbetrag	38
Fremdkassenzahlungsausgleich	32, 34
Gemeinsamer Bundesausschuss	9, 15f., 23, 31, 38
Gericht	15, 18, 32, 38
Gesamtvergütung	15, 21, 23, 29ff.
Gesamtvertrag	8ff., 13ff., 21, 23, 27, 29f., 32, 35f., 40
Gesundheitsuntersuchung	12
Gewährleistung	11
GMG	10, 20
Grundlohn	29, 37
Hausarztzentrierte Versorgung	10f., 13f., 20, 22ff., 40
Heilmittel	12, 21
Hochschulambulanzen	31
Honorarverteilung	31f., 35
HVM	31

Innungskrankenkassen	16
Integrierte Versorgung	10, 13, 26f.
Kassenärztliche Bundesvereinigung	16
Kassenärztliche Vereinigung	9ff., 14, 16, 18f., 21, 23f., 30ff., 38f.
Konzertierte Aktion	6
Kopfpauschale	6
Kosten- und Versorgungsstruktur	33
Krankheit	12
Landwirtschaftliche Krankenkasse	17f.
Modellvorhaben	9, 13, 19ff., 27, 37, 40
Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung	15, 32f., 35, 39
Notverordnung	13f.
Orientierungswert	32ff.
Praxiskosten	36
Psychiatrische Institutsambulanzen	31
Psychotherapeuten	9, 35
Psychotherapeutengesetz	9
Punktwert	32ff., 39
Regelleistungsvolumen	35
Regionale Euro-Gebührenordnung	32f.
Restzahlung	15
Richtlinien	9, 15f.
Richtlinien des Bundesausschusses	9, 15f.
Satzung	16, 23f.
Schiedsamt	18f.
SGB V	9ff., 20ff., 30ff.
Sozialpädiatrische Zentren	31
Stationäre Krankenhausbehandlung	31
Vergütung	9ff., 15f., 18, 23f., 26, 30ff., 34f., 37
Versorgung	8ff., 17ff., 20, 22ff., 33, 35, 37f., 40
Versorgungsauftrag	10f., 14, 20, 23ff., 40
Vertragshoheit	14, 16f.

Wirtschaftlichkeit
Zulassung

9, 11, 20f.
31

Übersicht der bereits erschienenen KBV-Fortbildungshefte

(Stand: August 2014)

- Heft 1 Aufgaben und Organisation ärztlicher Körperschaften und Verbände
Autor: Dipl.-Ök. I. Quasdorf
Stand: 2014
- Heft 2 Die gesetzliche Krankenversicherung
Autor: Dipl.-Ök. I. Quasdorf
Stand: 2014
- Heft 3 Einführung in das Vertragsarztrecht
Autor: Ass. jur. B. Berner
Stand: 2014
- Heft 4 Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
Autor: Ass. jur. B. Hartz
Stand: 2014
- Heft 5 Die Bundesmantelverträge
Autoren: RA Dr. jur. G. Nösser
 Ass. jur. E. Jolitz
Stand: 2009
- Heft 6 Gesamtverträge und Gesamtvergütung
Autor: Dr. rer. soc. Thomas Kriedel
Stand: 2012
- Heft 7 Die Datenwelt der vertragsärztlichen Versorgung
Autor: Dipl.-Kfm. K. Wilkening
Stand: 2007
- Heft 8 Grundbegriffe des Verwaltungsrechts
Autor: Ass. jur. A. Genzel
Stand: 2014
- Heft 9 Die Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung und die
Wirtschaftlichkeitsprüfung
Autor: Dipl.-Vwt. S. Freund
Stand: 2013
- Heft 10 Der Gemeinsame Bundesausschuss und seine Richtlinien zur
vertragsärztlichen Versorgung
Autor: Dr. med. P. Rheinberger
Stand: 2009

-
- Heft 11 Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung
Autor: Dr. habil. R. Pfandzelter
Stand: 2014
- Heft 12 Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen, Fremdkassenzahlungs-
ausgleich und Honorarverteilung
Autor: Dipl.-Vwt. D. Bollmann
Stand: 2008