

Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V: Vollversorgungs- oder Add-on-Vertrag?

ULRICH WEIGELDT,
DUSAN TESIC

Ulrich Weigeldt ist Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes e.V. in Köln und Berlin

Dusan Tesic ist Geschäftsführer beim Deutschen Hausärzteverband e.V. in Berlin

Es ist eine Pflichtaufgabe der Krankenkassen, ihren Versicherten alternativ zur Regelversorgung eine Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) anzubieten. Kommt es nicht zu einvernehmlichen Vertragslösungen werden Verträge in Schiedsverfahren festgesetzt. Die Vereinbarung der HZV als Vollversorgungs- oder als Add-on-Vertrag spielt aus Sicht der Beteiligten eine große Rolle. Dieser Beitrag stellt die Unterschiede der beiden Vertragsformen dar und bewertet die dahinter stehenden Interessen. Des Weiteren werden die wenigen Evaluationen und ihre zentralen Ergebnisse betrachtet sowie eine vorläufige Bewertung der jeweiligen Vertragsform gegenüber der Regelversorgung vorgenommen.

Wettbewerbliche Ausrichtung der Krankenkassen durch Selektivverträge

Mit Einführung der freien Krankenkassenwahl für gesetzlich Versicherte 1996 setzte die Politik, auch wegen der starken Ausgabenentwicklung, auf eine größere wettbewerbliche Ausrichtung der gesetzlichen Krankenkassen, um den Ausgabenanstieg zu verlangsamen und die Versorgungsqualität zu verbessern. Zu diesem Zweck wurden in den folgenden Jahren für alle Krankenkassen die Möglichkeiten erweitert, neben den obligatorischen Verträgen im Kollektivvertragssystem auch optional Selektivverträge mit bestimmten Leistungserbringern zu vereinbaren. Zwar hatten einzelne Krankenkassen auch schon zuvor ergänzende meist indikationsbezogene Verträge mit KVen vereinbart, die aber nahezu alle keine nachhaltige Wirkung zeigten. Die erweiterten Rahmenbedingungen zur

Förderung des selektivvertraglichen Wettbewerbs sollten unter den Krankenkassen zu kontinuierlichen Innovationsprozessen führen. Der eingeführte Risikostrukturausgleich (RSA), der in 2010 zum Morbiditätsorientierten RSA erweitert wurde, bezweckte, im Wettbewerbsprozess für jede Krankenkasse gleiche Ausgangsbedingungen zu schaffen. Nach 1996 folgten weitere gesetzliche Regelungen zur Förderung des Krankenkassenwettbewerbs u. a. auch Neuregelungen zur hausärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Hausarztzentrierte Versorgungsverträge

2004 wurde mit dem GKV-GMG (Gesundheitsmodernisierungsgesetz) ein neuer Paragraph 73 b „Hausarztzentrierte Versorgung“ (HZV) in das SGB V eingefügt. Die Regelungen in diesem Para-

grafen gehen nicht nur additiv über die bisherige Regelversorgung im KV-System hinaus. Sie ermöglichen den Vertragspartnern der HZV auch, die bisherige hausärztliche Versorgung auch qualitativ neu zu gestalten.

Neben anderen Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen waren die Mängel bei der hausärztlichen Versorgung im KV-System von besonderer Relevanz. Wegen der Bedeutung einer guten hausärztlichen Versorgung in einer alternden Gesellschaft und der Verlagerung des Krankheitsspektrums hin zu chronischen Erkrankungen, die maßgeblich die Ausgaben im Gesundheitswesen be-

Neben anderen Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen waren die Mängel bei der hausärztlichen Versorgung im KV-System von besonderer Relevanz.

stimmen, schuf die Legislative angesichts der offenkundigen Sicherstellungsmängel bei der hausärztlichen Versorgung im KV-System mit der Normierung der Hausarztzentrierten Versorgung eine Versorgungsalternative.

Obleich alle Krankenkassen schon ab 2004 in § 73b zur Vereinbarung von HZV-Verträgen verpflichtet waren, setzten nur einige Krankenkassen mit unterschiedlichen Vertragspartnern diese Gesetzesvorgabe um. Auf die Passivität bzw. Boykothaltung sehr vieler Krankenkassen gegenüber HZV-Vertragsabschlüssen reagierte der Gesetzgeber zum 01.04.2007 im GKV-WSG (Wettbewerbsstärkungsgesetz) mit einer Neuregelung des § 73b. Alle Krankenkassen wurden darin nochmal ausdrücklich verpflichtet, ihren Versicherten wahlweise eine zur Regelversorgung im KV-System alternative flächendeckende HZV anzubieten. Dass die HZV gesetzlich als Alternative zur Regelversorgung angelegt ist, unterstreicht auch das ab 2007 im § 73b festgelegte Bereinigungsverfahren der Gesamtvergütung zwischen der Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung. Trotz dieser Normierungen kam nicht die erwartete Zahl von HZV-Vertragsabschlüssen zustande, weil viele Krankenkassen weiterhin auf Tauchstation blieben. Der Gesetzgeber sah sich

daraufhin zu einer weiteren Klarstellung veranlasst. In dem am 01.01.2009 in Kraft getretenen GKV-OrgWG (Organisationsweiterentwicklungsgesetz) wurde in § 73b ergänzend bestimmt, dass die Krankenkassen bis zum 30.06.2009 verbindlich flächendeckende HZV-Verträge mit einer ausreichend mandatierten Gemeinschaft von hausärztlichen Leistungserbringern abschließen müssen. Und um zu verhindern, dass Krankenkassen diese Vorgaben wieder unterlaufen, wurde der § 73b um die Regelung ergänzt, dass eine vertragsberechtigte hausärztliche Gemeinschaft ein Schiedsverfahren beantragen kann, wenn eine Krankenkasse Verhandlungen verweigert oder in den Verhandlungen mit der Krankenkasse kein einvernehmlicher HZV-Vertrag vereinbart werden kann. In diesem Verfahren setzt eine Schiedsperson bei fort bestehendem Dissens der Vertragspartner den HZV-Vertrag verbindlich fest.

Krankenkassen können sich also spätestens seit 2009 nicht mehr dem Abschluss von HZV-Verträgen entziehen. Allerdings wurde im Gesetz von 2009 im § 73b nicht ausdrücklich normiert, in welcher Vertragsform eine HZV zu vereinbaren ist. Diese Unbestimmtheit bei der zu vereinbarenden Vertragsform führte, neben anderen Punkten der Vertragsausgestaltung, zu Auseinandersetzungen zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Hausärzteverbänden. Die unterschiedlichen Positionen wurden auch in den Schiedsverfahren vorgebracht. Auf die Entscheidungen der Schiedspersonen wird noch gesondert eingegangen.

HZV-Vertrag – ein besonderer Selektivvertrag

HZV-Verträge der Krankenkassen als Alternative, oder als Ergänzung zur Regelversorgung, unterscheiden sich von üblichen Selektivverträgen. HZV-Verträge müssen, übliche Selektivverträge können von den Krankenkassen vereinbart werden. Jürgen Wasem hat daher Recht, wenn er den Begriff Selektivvertrag in seiner gängigen Bedeutung nicht auf HZV-Verträge anwenden will. Er und andere kritisieren die Kontrahierungspflicht der Krankenkassen bei HZV-Verträgen und plädieren stattdessen für eine optionale

Regelung. Diese Position mag aus einer rein wettbewerblichen Perspektive nachvollziehbar sein. Doch kann keine Legislative tatenlos zusehen, wenn die in 2004 wegen des offenkundigen Missstands der hausärztlichen Versorgung im KV-System gesetzlich eingeführte HZV-Vertragsalternative von vielen Krankenkassen damals wegen vermeintlich optionaler Rahmenbedingungen ignoriert wird. Im Hinblick auf die fundamentale Bedeutung der hausärztlichen Versorgung, insbesondere für eine älter werdende Bevölkerung, müssen unter versorgungspolitischen Gesichtspunkten gerade gesetzliche Krankenkassen, die sich bislang HZV-Verträgen verweigert haben, konsequenterweise zur vertraglichen Umsetzung der gesetzlich gewollten Alternative verpflichtet werden. Diese Verpflichtung zu einem alternativen hausärztlichen Vertragsangebot war nicht zuletzt auch deshalb erforderlich, weil die Legislative trotz ihrer gesetzlichen Interventionen die Reformfähigkeit des KV-Systems pessimistisch einschätzte. Die Bedeutung bzw. Notwendigkeit einer flächendeckenden und qualitätsgesicherten Hausarztzentrierten Versorgung für die Funktionsweise des gesamten Gesundheitssystems unterscheidet sich grundlegend von anderen ärztlichen Leistungsbereichen. Die üblichen Selektivverträge tangieren nur Segmente im sektoralen Gesundheitswesen. Die dort festgestellten Ineffizienzen und Unzulänglichkeiten können mehr oder weniger groß sein, führen aber nicht zu einer Gefährdung der Gesundheitsversorgung insgesamt. Dagegen ist die Sicherstellung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung unabdingbar für die Funktionsweise des gesamten Gesundheitssystems und die Legislative handelte auch aus Gründen der ihr obliegenden Daseinsfürsorge folgerichtig, wenn sie nach den vorangegangenen Erfahrungen alle gesetzlichen Krankenkassen in § 73b verpflichtet, ihren Versicherten alternativ zur ungenügenden hausärztlichen Regelversorgung im KV-System eine HZV anzubieten.

Nachdem durch die gesetzliche Neuregelung eine Krankenkasse der Vereinbarung eines HZV-Vertrages nicht mehr ausweichen kann – obgleich einzelne Krankenkassen immer noch durch kostspielige Gerichtsverfahren die Umsetzung von geschiedsten HZV-Verträgen blockieren, oder verzögern – stellte sich schon 2007 und noch klarer ab 2009 die Frage, wie die Hausarztzentrierte

Versorgung vertraglich auszugestalten sei. Dabei zeigte sich, dass die Mehrzahl der Krankenkassen den HZV-Vertrag als Add-on-Vertrag vereinbaren wollte. Anstatt die neue gesetzliche Möglichkeit zu ergreifen, einen Versorgungsvertrag unabhängig vom KV-System zu gestalten und damit endlich Player und nicht mehr in der beklagten Rolle des Payers zu sein, wollten (und wollen teilweise immer noch) viele Krankenkassen das Neuland „Hausarztzentrierte Versorgung“ über eine bestimmte Vertragsform in den „Mantel“ des KV-Systems einpassen. Der fragwürdige Vorteil dieser Forderung ist, dass sich Krankenkassenvertreter den intellektuellen und organisatorischen Aufwand „sparen“ können, den ein Vertrag außerhalb der KV-Welt und ihrer Denkstrukturen zweifellos erfordert.

HZV-Vertragsformen

Wie dargelegt, ist der § 73b bzw. die HZV spätestens ab 2009 als eine vom KV-System unabhängige hausärztliche Versorgungsalternative angelegt. Davor noch bestehende Bezüge zum Kollektivvertragssystem wurden fast gänzlich beseitigt. Geblieben ist noch die Möglichkeit, dass eine KV an einem HZV-Vertrag teilnehmen kann, wenn ein regionaler Hausärzterverband sie dazu ermächtigt.

In der derzeitigen Landschaft der Hausarztzentrierten Versorgung in Deutschland gibt es HZV-Verträge mit und ohne KV-Beteiligung und in einigen KV-Regionen sogar ein Nebeneinander beider Vertragsformen. Zur Unterscheidung dieser beiden Vertragsvarianten werden HZV-Verträge **ohne KV-Beteiligung als Vollversorgungsverträge** und Verträge **mit KV-Beteiligung als Add-on-Verträge** bezeichnet. Einzig in Sachsen-Anhalt gibt es einen TK-Vollversorgungsvertrag mit Beteiligung der dortigen KV, der regionalen Besonderheiten geschuldet ist. Alle anderen HZV-Verträge sind dort Add-on-Verträge.

Welche formellen und inhaltlichen Unterschiede kennzeichnen diese beiden Vertragsformen?

Vollversorgungsvertrag

Ein Vollversorgungsvertrag wird zwischen einer Krankenkasse und dem i. d. R. vertragsberechtigten regionalen Hausärzterverband ohne Beteiligung der KV geschlossen. Der Hausärzterverband

muss zu seiner Legitimation als Vertragspartner mindestens 50 Prozent der Allgemeinärzte in einer KV-Region vertreten. Der bisherige Sicherstellungsauftrag der KV geht bei Vertragsabschluss auf die Krankenkasse über. Zur Vermeidung von Doppelzahlungen bereinigt die Krankenkasse die an die KV zu zahlende Gesamtvergütung um den Betrag, der vormals für die jetzt im HZV-Vertrag eingeschriebenen Versicherten an die KV entrichtet wurde. Deshalb wird der Vollversorgungsvertrag auch als **Bereinigungsvertrag** bezeichnet. Nahezu alle Leistungen des teilnehmenden Hausarztes in der bisherigen Regelversorgung werden nicht mehr im KV-System erbracht und vergütet. Im HZV-Vollversorgungsvertrag verhandeln die Vertragspartner die Leistungslegende, ihren Umfang und ihre Struktur und die Art und Weise ihrer Vergütung neu und abweichend vom Modus Operandi im KV-System. Die Abrechnungen bzw. Vergütungen der HZV-Leistungen erfolgen über ein Rechenzentrum der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG AG). Diese Vertragsgemeinschaft, der alle hausärztlichen Landesverbände und der Bundesverband angehören, wird im HZV-Vollversorgungsvertrag als Erfüllungsgehilfe des verhandlungsberechtigten hausärztlichen Landesverbandes tätig.

Add-on-Vertrag

Ein HZV-Add-on-Vertrag wird zwischen der Krankenkasse, dem verhandlungsberechtigten Hausärzterverband sowie der von ihm beauftragten Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen. Der Einbezug der KV in den Vertrag hat weitreichende Folgen. Alle bisherigen Leistungen in der Regelversorgung des KV-Systems und ihre Vergütung über die KV bleiben für den am HZV-Add-on-Vertrag teilnehmenden Hausarzt unverändert. Im Vertrag werden lediglich zusätzliche, darüber hinausgehende Einzelleistungen mit einer festen Vergütung vereinbart. Die KV honoriert diesen Hausarzt wie bisher nach den für die Regelversorgung geltenden Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabs und fügt die dem Arzt aus dem HZV-Vertrag zustehende Zusatzvergütung für bestimmte Leistungen in der KV-Abrechnung hinzu. Der

Sicherstellungsauftrag bleibt im Rahmen der Regelversorgung weiterhin bei der KV. Eine Bereinigung der von einer Krankenkasse an die KV zu zahlenden Gesamtvergütung findet wegen der Abrechnung des gesamten HZV-Add-on-Vertrags über die KV nicht statt.

Im Prinzip unterscheiden sich HZV-Add-on-Verträge nicht von den meisten anderen Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und KVen.

Damit unterscheiden sich HZV-Add-on-Verträge im Prinzip nicht von den meisten anderen Selektivverträgen, die einzelne Krankenkassen mit Kassenärztlichen Vereinigungen zusätzlich zur Regelversorgung vereinbart haben. Die Krankenkasse zahlt der KV für bestimmte, über die Regelversorgung hinausgehende ärztliche Leistungen und für definierte Arztgruppen in der Regel einen festen Preis, wobei die Abrechnungsmöglichkeiten an bestimmte Qualifikationen und eine definierte Infrastruktur gebunden sind. Die KV leitet diese Zusatzvergütungen an die berechtigten Ärzte weiter.

Add-on-Verträge einzelner Kassen, die unterschiedlichste Leistungsbereiche und Arztgruppen umfassen, sind neben den üblichen Vergütungsverträgen in der Regelversorgung in Deutschland weit verbreitet. Auch für integrierte Versorgungsverträge oder sonstige Vertragsformen sind meist Zusatzvergütungen, also ein Add-on, zur bisherigen KV-Vergütung vereinbart worden, obgleich rechtlich auch eine Bereinigung möglich gewesen wäre. Alles bleibt im Rahmen und der Regularien des KV-Systems.

Alle Verträge, die ergänzende Leistungen und Vergütungen zur bisherigen Regelversorgung vorsehen und über die KV abgerechnet werden, sind Add-on-Verträge, die unterschiedliche Leistungsbereiche umfassen. HZV-Add-on-Verträge sind eine besondere Ausprägung dieser generellen Vertragsform.

Ziel der HZV-Verträge: Bessere Versorgung und Wirtschaftlichkeit

Von HZV-Verträgen als Add-on-Vertrag oder als Vollversorgungsvertrag

wird erwartet, dass sie nicht nur die hausärztliche Versorgung verbessern, sondern trotz der Mehrausgaben für diese Verträge auch wirtschaftlich sind. Die die bisherige Regelversorgung übersteigenden Mehrausgaben der Krankenkassen für HZV-Verträge sollen aus Einsparungen in anderen Ausgabenbereichen gedeckt werden. Im aktuellen § 73b ist bestimmt, dass vier Jahre nach Vertragsabschluss die Wirtschaftlichkeit eines HZV-Vertrages nachweisbar sein muss. Der Nachweis einer verbesserten Versorgungsqualität durch eine Evaluation ist gesetzlich nicht vorgeschrieben, aber ohne Frage werden die HZV-Verträge auch danach beurteilt werden, ob die vereinbarte gegenüber der Regelversorgung bessere Struktur- und Prozessqualität auch zu einer qualitativ besseren Versorgung der behandelten Versicherten geführt hat.

Welche Aussagen derzeit dazu möglich sind, wird weiter unten erörtert.

HZV-Vollversorgungsvertrag oder Add-on-Vertrag? – Interessenlagen

Nicht überraschend spielen bei der Forderung nach einer bestimmten HZV-Vertragsform die jeweiligen Interessenlagen der Vertragspartner eine entscheidende Rolle.

Krankenkassen

Von einzelnen Krankenkassen in Deutschland abgesehen (z. B. der AOK Baden-Württemberg) wird von der Mehrzahl der Krankenkassen immer noch die Vereinbarung von Add-on-Verträgen gefordert. Die Gründe für diese Präferenz wurden schon skizziert.

Einzelne regionale Hausärzterverbände

Bei der Positionierung eines Hausärzterverbandes für die eine oder andere Vertragsform spielt das Verhältnis zur regionalen KV eine große Rolle. Wird eine Kassenärztliche Vereinigung von Hausärzten geführt, die zugleich Führungsfunktionen im Hausärzterverband haben, dann neigt dieser Verband dazu, mit einer Krankenkasse einvernehmlich einen Add-on-Vertrag zu vereinbaren. Die KV wird dabei vom Hausärzterverband beauftragt, die Umsetzung dieses

Vertrages zu übernehmen und erscheint als Erfüllungsgehilfe im Vertragsrubrum. Dieser HZV-Add-on-Vertrag ist damit vollkommen im KV-System gederet.

Deutscher Hausärzterverband und die Mehrheit der hausärztlichen Landesverbände

Der Deutsche Hausärzterverband e.V. (Bundesverband) und die Mehrheit der hausärztlichen Landesverbände priorisieren einen HZV-Vollversorgungsvertrag gemäß eines Delegiertenbeschlusses. Nach frustrierenden Erfahrungen innerhalb des KV-Systems kam der Bundesverband zu dem Schluss, dass das fachärztlich dominierte KV-System in den meisten KVen bzw. in der KBV über Jahrzehnte hinweg den Sicherstellungsauftrag bei der hausärztlichen Versorgung vernachlässigt hat. Auch gesetzliche Interventionen zur Stärkung der Hausarztmedizin im KV-System haben an der Unwucht zulasten der Hausärzte nichts Grundlegendes verändert.

In der Bewertung dieser Situation der Hausärzte im KV-System und an die Politik gerichtete Forderung, eine zur Regelversorgung alternative Hausarztzentrierte Versorgung zu etablieren, verlangten der Bundesverband und die Mehrheit seiner Mitglieder schon vor 2009, und erst recht danach, den Abschluss von Vollversorgungsverträgen auf regionaler Ebene. Der Bundesverband sah außerdem die Chance, dass mit erfolgreichen HZV-Vollversorgungsverträgen ohne KV-Beteiligung der Druck auf das KV-System wächst und damit auch die wirtschaftlichen Interessen der nicht an HZV-Verträgen teilnehmenden Hausärzte, mehr Gewicht erhalten können. Diesen Druck auf die KVen können HZV-Add-on-Verträge neben anderen Restriktionen nicht entfalten, weil die KV als Teilnehmer am Add-on-Vertrag ungehindert ihre bisherige Politik fortsetzen kann.

Kassenärztliche Vereinigungen

Auch wenn viele KVen die gesetzlichen Regelungen zur HZV prinzipiell ablehnen, präferieren sie aus naheliegenden Gründen HZV-Add-on-Verträge. Damit bleiben sie im Spiel und es droht ihnen, anders als bei den Bereinigungsverträgen, kein Honorarverlust und damit auch

keine Verminderung ihrer Verwaltungseinnahmen. Im Gegenteil, die im Add-on-Vertrag vereinbarte Zusatzvergütung steigert die Gesamtvergütung und die Verwaltungseinnahmen. Es gibt daher Stimmen unter den KVen die den Abschluss von Add-on-Verträgen wegen der damit bewirkten finanziellen Stärkung der KV begrüßen.

Festsetzungen der HZV-Vertragsform in Schiedsverfahren

Wie erwähnt, wurde in 2009 u. a. gesetzlich festgelegt, dass ein ausreichend mandatierter Hausärzterverband im Falle der Nichteinigung mit einer Krankenkasse über einen HZV-Vertrag ein Schiedsverfahren zur Vertragsfestsetzung beantragen kann. Die dann entweder von den Vertragspartnern einvernehmlich oder bei Nichteinigung von der Aufsichtsbehörde zu benennende Schiedsperson setzt bei fortbestehendem Dissens der Vertragspartner im Schiedsverfahren den HZV-Vertrag fest.

Bei den Schiedspersonen, die HZV-Verträge bisher festgesetzt haben, handelt es sich um einen ehemaligen Vorsitzenden des Bundessozialgerichts und um Anwälte, die eine Expertise bei der zu verhandelnden Materie vorweisen können.

In den bisher durchgeführten Schiedsverfahren spielte auch die zu vereinbarenden HZV-Vertragsform eine zentrale Rolle. In jedem dieser Schiedsverfahren hatten die Krankenkassen beantragt, die HZV als Add-on-Vertrag festzusetzen. Dagegen hat der verhandelnde regionale Hausärzterverband in diesen Verfahren immer die Festsetzung eines Vollversorgungsvertrages gefordert.

Welche Vertragsform haben die Schiedspersonen festgesetzt und begründet?

Im Ergebnis aller bisher abgeschlossenen Schiedsverfahren haben die Schiedspersonen ohne Ausnahme einen HZV-Vollversorgungsvertrag festgesetzt. Sie sind damit in diesem Punkt den Anträgen der Hausärzterverbände gefolgt und haben ihre Entscheidung für Vollversorgungsverträge und die Abweisung von Add-on-Verträgen ausführlich begründet. Davon werden einige weiter unten im Wortlaut zitiert.

Bundessozialgericht bestätigt Vollversorgungsverträge als rechtskonform

Im kürzlich ergangenen Urteil des Bundessozialgerichts vom 25.03.2015 zur Klage der Bahn-BKK gegen die Festsetzung eines HZV-Vollversorgungsvertrages durch die Schiedsperson wird u. a. thematisiert, welche HZV-Vertragsform im Rahmen des § 73b SGB V rechtlich zulässig ist. Das BSG führt dazu aus:

„Auch der Einwand der Klägerin, die Schiedsperson habe in Verkennung des rechtlichen Rahmens angenommen, dass die HZV nur als Vollversorgungsvertrag und nicht als sog. Add-on-Vertrag vereinbart werden dürfe, sie habe dadurch ihren Gestaltungsspielraum verkannt und dies allein führe zur Rechtswidrigkeit des Schiedsspruchs, greift nicht durch. Dass die HZV jedenfalls auch in der Form eines sog. Vollversorgungs- oder Bereinigungsvertrages vereinbart werden kann, der die bisherige Regelversorgung nach § 73 SGB V umfasst und nicht lediglich ergänzt, unterliegt keinem Zweifel. Auf die umstrittene Frage, ob eine HZV in Form eines sog. Add-on-Vertrages den gesetzlichen Vorgaben entsprechen würde [...] kommt es für die Entscheidung nicht an.“ (S. 39 Rdz. 85)

Das BSG verweist in seinem Urteil auf verschiedene Gesetzeskommentatoren, die die Rechtmäßigkeit von HZV-Add-on-Verträgen nach § 73b SGB V grundsätzlich bestreiten. Daneben werden aber auch Kommentatoren genannt, die auch einen Add-on-Vertrag für rechtskonform mit § 73b halten. Das BSG bezieht in seinem Urteil dazu keine Stellung. Es bestätigt nur, dass die Schiedsperson den streitbefangenen Vollversorgungsvertrag gemäß den Anforderungen des § 73b rechtmäßig begründet hat.

Da zurzeit keine höchstrichterliche Entscheidung über die Zulässigkeit nur einer bestimmten HZV-Vertragsform vorliegt, könnte in einem Schiedsverfahren grundsätzlich auch ein Add-on-Vertrag festgesetzt werden. Doch wie gezeigt, haben bislang alle Schiedspersonen, unter Bezugnahme auf die mit den gesetzlichen Regelungen verfolgten Ziele zur HZV, einen Vollversorgungsvertrag bzw. einen Bereinigungsvertrag festgesetzt.

HZV-Add-on-Verträge sind auch einvernehmlich möglich

Die Rechtsfrage, ob nur Vollversorgungsverträge oder alternativ auch Add-on-Verträge nach § 73b vereinbart werden können, betrifft nicht nur die Vertragsfestsetzungen in Schiedsverfahren. Auch Add-on-Verträge, die im Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern geschlossen wurden bzw. ggf. noch werden, werfen die Frage nach ihrer Rechtskonformität auf. Aufgrund der geschilderten unbestimmten Rechtslage können sich die Vertragspartner einvernehmlich, unter Einbezug der KV, auch auf einen Add-on-Vertrag verständigen. Dies ist auch vielerorts geschehen.

Risiken und Nebenwirkungen von HZV-Add-on-Verträgen im Vergleich zu Vollversorgungsverträgen

Beginnend ab 2004 haben einzelne Krankenkassen schon frühzeitig einvernehmlich mit einer Gemeinschaft von hausärztlichen Leistungserbringern eine HZV als Add-on-Vertrag, mit Beteiligung der KV, vereinbart. Damals gab es noch keine in § 73b festgelegte Bereinigungsvorschrift. Das Ob und Wie der Anrechnung einer HZV-Zusatzvergütung auf die Gesamtvergütung sollten die Gesamtvertragspartner, also die Krankenkasse und die KV, regeln. Daher wundert es nicht, dass in dieser Zeit nur Add-on-Verträge vereinbart wurden, soweit Krankenkassen überhaupt zu einem HZV-Vertragsabschluss bereit waren. Erst die zum 01.04.2007 eingeführte neue Vorschrift legte Bereinigungsregelungen für die Jahre 2007, 2008 und 2009 fest. Damit war die Periode der ausschließlich als Add-on-Vertrag möglichen HZV-Verträge beendet. Und in der Tat haben zwei Krankenkassen in Deutschland, die AOK Baden-Württemberg in 2008 und die AOK Bayern in 2009, einvernehmlich mit den dortigen Landesverbänden einen HZV-Vollversorgungsvertrag vereinbart und ihre Gesamtvergütungen an die KVen entsprechend gekürzt. Da es aber in 2008 noch keine Regelung über ein Schiedsverfahren gab, hing der Abschluss eines Vollversorgungsvertrages allein vom Willen der Kasse ab. Erst mit der neuen gesetzlichen Regelung im § 73b seit 2009 kann von einem man-

datierten Hausärzterverband die Vereinbarung eines Vollversorgungsvertrages in einem Schiedsverfahren beantragt werden.

Wegen der geschilderten Rechtslage können einzelne Hausärzterverbände weiterhin mit einzelnen Krankenkassen einvernehmlich und unter Beteiligung der KV, HZV-Add-on-Verträge vereinbaren. Die vor 2009 geschlossenen und nach 2009 neu vereinbarten Add-on-Verträge nach § 73b SGB V sind in einzelnen KV-Regionen keine Seltenheit. Die von einzelnen Hausärzterverbänden auch nach 2009 vereinbarten Add-on-Verträge sind ein Indiz, dass auch einzelne Hausärzterverbände, ähnlich wie viele Kassen, das Potential der Vollversorgungsverträge scheuen und vertraglich lieber auf den zwar kritisierten und oft krummen, aber dafür gewohnten Gleisen eines KV-Systems bleiben wollen.

Ihr Vorbehalt gegen einen Vollversorgungsvertrag lautet, dass der bürokratische und finanzielle Aufwand für einen an einem Add-on-Vertrag teilnehmenden Hausarzt erheblich geringer sei, als in einem Vollversorgungsvertrag. Bisher von den Hausärzten gewohnte KV-Abrechnungswege und Abrechnungsweisen könnten in diesem Vertrag beibehalten werden. Zusätzliche Gebührenpositionen würden einfach mit der KV-Abrechnung eingereicht und vergütet. Außerdem fielen keine zusätzlichen Softwarekosten an und neue Verfahrensweisen im Praxisablauf müssten nicht aufwendig und den Praxisablauf störend eingeübt werden. Die Hausärzterverbände, die Add-on-Verträge aus diesen Überlegungen vorziehen, ersparen sich damit auch die bei einem Vollversorgungsvertrag erforderliche Mühe, Hausärzte aus dem sonst kritisierten KV-System für eine davon unabhängige und zusammen mit den Kassen neu zu gestaltende hausärztliche Versorgung zu motivieren.

Diese Verbände nehmen dabei in Kauf, dass dem finanziellen Vorteil für einzelne Leistungen im Add-on-Vertrag der Nachteil gegenüber steht, dass die Mehrzahl der ärztlichen Leistungen wie bisher den immer wieder beklagten Vergütungsregelungen im KV-System unterliegen: Unklarheit über die Vergütung nach Einreichen der Abrechnung, permanente Änderung von Gebührenordnungspositionen im EBM, Richtgrößenprüfungen, Regressverfahren u. a. bleiben, anders als bei einem Vollversorgungsvertrag,

ständiger Wegbegleiter und ständiges Ärgernis auch für die an einem Add-on-Vertrag teilnehmenden Hausärzte. Des Weiteren sind die am Add-on-Vertrag beteiligten Hausärzte mit dem größten Teil ihrer Leistungen wie bisher völlig abhängig von den Verhandlungen der KBV mit dem GKV-Spitzenverband und den Vergütungsverhandlungen der KVen

Der Stimmungswandel bei vielen Krankenkassen schlägt sich in einer wachsenden Zahl von einvernehmlich vereinbarten HZV-Vollversorgungsverträgen nieder.

mit den Kassen vor Ort. Und nach wie vor, haben in den Honorarverteilungsmaßstäben der zumeist facharzt dominierten KVen hausärztliche Interessen keine Priorität. Um einer übersehbaren on top Vergütung willen, belässt man mit dem Add-on-Vertrag die Vergütung des weit überwiegenden Teils der ärztlichen Leistungen weiterhin im unberechenbaren KV-System.

Dagegen wird die Vergütung im Vollversorgungsvertrag allein auf die Belange der Hausärzte ausgerichtet, ist unabhängig vom KV-System und damit frei von Facharztinteressen. Vom Hausärzterverband wird zusammen mit der Krankenkasse alternativ zum KV-System der Leistungskatalog und die Vergütung festgelegt und fortentwickelt. Zunehmend erkennen auch sonst bei HZV-Verträgen zögerliche Krankenkassen, dass der Abschluss von Vollversorgungsverträgen im Einvernehmen mit dem Hausärzterverband das Potential hat, eine bessere hausärztliche Versorgung als im KV-System umzusetzen. Die Einsicht nimmt zu, dass eine von der KV unabhängige hausarztzentrierte Primärversorgung nicht nur den demografischen Anforderungen besser gerecht wird, sondern auch das gesamte Gesundheitssystem aus der bisherigen „organisierten Verantwortungslosigkeit“ (Ferdinand Gerlach) herausführt und die Krankenkassen finanziell nicht überfordert. Der feststellbare Stimmungswandel bei vielen Krankenkassen schlägt sich in einer wachsenden Zahl von einvernehmlich, also ohne Schiedsverfahren, vereinbarten HZV-Vollversorgungsverträgen nieder.

HZV-Vollversorgungsverträge und Add-on-Verträge in der Praxis

Seit 2004 sind viele hausarztzentrierte Versorgungsverträge jeweils in den beschriebenen Vertragsformen vereinbart oder festgesetzt worden. Nach einem Jahrzehnt sollten zumindest für schon länger existierende HZV-Verträge erste Einschätzungen über deren Wirkungsweise möglich sein. Kann zumindest für einige HZV-Verträge auf diskutabile Evaluationsergebnisse oder auch Befragungen von HZV-Teilnehmern zurückgegriffen werden und ist ein Ergebnisvergleich zwischen diesen HZV-Verträgen und der hausärztlichen Regelversorgung im

KV-System möglich? Und liegen Evaluationsergebnisse vor, die auch einen bewertenden Vergleich zwischen einem Add-on-Vertrag und einem Vollversorgungsvertrag erlauben?

Wir beziehen uns im Folgenden auf evaluierte HZV-Verträge (Add-on bzw. Vollversorgung), an denen Kassenversicherte und Hausärzte in größerer Zahl teilgenommen haben. Allerdings sind bisher evaluierte HZV-Verträge im Vergleich zur Zahl bestehender HZV-Verträge an einer Hand abzuzählen. Es gab gesetzlich schon immer die Verpflichtung, die durch den HZV-Vertrag bewirkten Mehrausgaben durch Einsparungen auszugleichen. Nach der aktuellen Gesetzgebung muss vier Jahre nach Vertragsbeginn die Wirtschaftlichkeit des Vertrages nachweisbar sein. Doch eine gesetzliche Vorschrift zur Durchführung einer HZV-Evaluation gibt es explizit nicht. Es obliegt also den HZV-Vertragspartnern, ob und wie sie sich auf eine über die wirtschaftlichen Aspekte hinaus gehenden Evaluation vereinbaren.

Einzelne evaluierte HZV-Verträge und Patientenbefragungen

Add-on-Verträge

Der am 01.07.2004 vereinbarte Add-on-Vertrag zwischen der AOK Sachsen-Anhalt und der IKK gesund plus, dem dortigen Hausärzterverband und der KV-Sachsen wurde zwischenzeitlich evaluiert und die Ergebnisse auf einer Pressekonferenz im September 2014 vorgestellt. Des Weiteren liegt auch eine zeitlich zurück-

gehende Evaluation von in 2005 vereinbarten Add-on-Verträgen vor, die vom damaligen VdAK /AEV, der DAK, der TK, der KKH, der HEK und der HKK in fünf Modelregionen (Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, Niedersachsen, Nord-Württemberg), zusammen mit den regionalen Hausärzterverbänden und den KVen vereinbart wurden. In 2008 gab es eine Befragung der am HZV-Add-on-Vertrag in Hessen teilnehmenden Versicherten und Ärzte über ihre Zufriedenheit mit diesem Vertrag und im Zeitraum von 2004 – 2007 wurden vom Bertelsmann „Gesundheitsmonitor“ in sieben Befragungswellen deutschlandweit an HZV-Add-on-Verträgen teilnehmende Versicherte um ihre Bewertung dieser Verträge gebeten.

Vollversorgungsverträge

Für den in Mai 2008 zwischen den Vertragspartnern in Baden-Württemberg einvernehmlich vereinbarten AOK HZV-Vollversorgungsvertrag liegen die Ergebnisse der mittlerweile zweiten Evaluation für den Beobachtungszeitraum 01.01.2011 bis 31.12.2012 vor und ergänzend Ergebnisse aus Interviews und Befragungen von HZV-Teilnehmern in den Jahren 2013 und 2014. Die Ergebnisse wurden im September 2014 öffentlich vorgestellt. Auch der Betriebskrankenkassen Landesverband in Baden-Württemberg hat auf Datenbasis von 40 am Vollversorgungsvertrag teilnehmenden regionalen BKK für den Zeitraum von 2009 bis zum 1. Halbjahr 2012 eine Evaluation durchführen lassen.

Evaluationsergebnisse

In diesem Beitrag kann nicht detailliert auf alle Ergebnisse der genannten Evaluationen bzw. Teilnehmerbefragungen eingegangen werden. Unseres Erachtens ermöglicht die Bezugnahme auf einige wesentliche Ergebnisse der genannten HZV-Evaluationen einen im Trend aussagefähigen Vergleich mit der üblichen hausärztlichen Regelversorgung im KV-System und in einem weiteren Schritt auch eine erste vorsichtige Bewertung der Evaluationsergebnisse von Add-on-Verträgen im Vergleich mit Vollversorgungsverträgen.

In der **Tabelle 1** sind ausgewählte Ergebnisse der oben genannten Evaluationsstudien und Befragungen in einer Matrixform zusammen gefasst. Da nicht

Tabelle 1: Evaluationsergebnisse von HZV-Verträgen

Indikator	Erwartungen	Add-on Verträge								Vollversorgungsverträge			
		Sachsen-Anhalt		Ersatzkassen 5 Regionen		Hessen		Gesundheits- monitor		AOK Ba-Wü		BKken Ba-Wü	
		Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Facharztbesuche ohne Überweisung	HZV < als RV	✓		✓				✓		✓		✓	
Vermeidung kritischer Arzneikombinationen	HZV > als RV	✓		✓									
Patientenzahl	Pro HZV Praxis > als pro RV Praxis	✓		✓		✓				✓			
Notfallaufnahme in Krankenhäuser	HZV < als RV	✓								✓			
HZV-Patienten	Zufriedener als in RV	✓				✓		✓		✓			
HZV-Ärzte	Zufriedener als in RV	✓		✓						✓			
GESU	HZV > als RV			✓						✓			
Facharztkontakte je Versicherten	HZV < als RV				✓	✓			✓	✓		✓	
Vermeidbare Krankenhaufälle	HZV > als RV				✓					✓			
Arzneimittelkosten je Versicherten	HZV < als RV				✓					✓			✓
Gesamtkosten je Versicherten	HZV < als RV				✓					✓		✓	

Quelle: siehe Literaturliste

jeder Studie, einmal abgesehen vom differierenden methodischen Vorgehen, dieselben Fragestellungen zugrunde lagen, können die Antwortrubriken nicht für alle Studien gefüllt werden. Fehlende Häkchen in den Feldern besagen, dass dazu kein Studienergebnis vorliegt.

HZV-Add-on-Verträge im Vergleich zur Regelversorgung

Die gelisteten Ergebnisse lassen mit der gebotenen interpretativen Vorsicht den Schluss zu, dass HZV-Add-on-Verträge in einigen Punkten die in sie gesetzten Erwartungen einer besseren Versorgung gegenüber der Regelversorgung erfüllt haben.

Was die Wirtschaftlichkeit von HZV-Add-on-Verträgen angeht, liegt nur für eine Evaluation mehrerer Add-on-Verträge ein Wirtschaftlichkeitsvergleich mit der Regelversorgung vor. Die erwähnten HZV-Add-on-Verträge der Ersatzkassen führten je HZV-Versicherten vergleichsweise zu höheren Leistungsausgaben insgesamt als in der Regelversorgung. Allerdings spricht dieses zeitpunktbezogene Ergebnis nicht per se gegen diese HZV-Add-on-Verträge. Aus dem Befund höherer Ausgaben, zusammen mit festgestellten Verbesserungen

der Versorgungsqualität, lässt sich folgern, dass höhere Ausgaben auch zu höherer Versorgungsqualität geführt haben. Doch kann damit nicht beantwortet werden, ob der Umfang der festgestellten Qualitätsverbesserung in Relation zu den Mehrausgaben steht. Die Evaluation war auf einen zweijährigen Beobachtungszeitraum begrenzt. Die Autoren dieser Evaluation stellten in ihrem Statement die Vermutung an, dass sich die Wirtschaftlichkeit dieser HZV-Verträge bei entsprechender Justierung in Richtung Vollversorgungsvertrag in den Folgejahren noch einstellen könnte. Weitere Evaluationen dieser Verträge erledigten sich wegen der Kündigungen der Krankenkassen.

Bedauerlicherweise lassen die in 2014 präsentierten und positiv hervorgehobenen Evaluationsergebnisse des seit 2004 fortgeltenden und damit ältesten HZV-Add-on-Vertrages mit der AOK und IKK gesund plus in Sachsen-Anhalt keine Aussagen über die Wirtschaftlichkeit dieses Vertrages im Vergleich mit der Regelversorgung zu. Auch die beteiligten Krankenkassen haben sich auf der Pressekonzferenz nicht dazu geäußert, so dass eine Bewertung der Wirtschaftlichkeit dieses Vertrages derzeit nicht möglich ist.

Die vom Gesundheitsmonitor durchgeführten Befragungen der bundesweit an HZV-Add-on-Verträgen teilnehmenden Patienten bestätigten bei zwei Indikatoren die Erwartungen an eine HZV. Es wurde aber auch entgegen den Erwartungen festgestellt, dass die Zahl der Facharztkontakte bei HZV-Versicherten höher war als in der Regelversorgung.

HZV-Vollversorgungsverträge im Vergleich zur Regelversorgung

Weit mehr Ergebnisse als die Evaluationen von Add-on-Verträgen liefert die zweite Evaluation des in 2008 einvernehmlich vereinbarten HZV-Vollversorgungsvertrages der AOK Baden-Württemberg mit dem dortigen Hausärzterverband und MEDI. Wie in der **Abbildung** zu sehen, führte der AOK-Vollversorgungsvertrag im Evaluationszeitraum bei nahezu allen dort angeführten Indikatoren im Vergleich zur Regelversorgung zu besseren Ergebnissen, und zwar sowohl bei der Inanspruchnahme, bei der Qualität und bei der Zufriedenheit der Ärzte und der HZV-Versicherten. Doch wie steht es mit der Wirtschaftlichkeit dieses Vertrages?

Dazu hat die AOK Baden-Württemberg Zahlen vorgelegt. Diese zeigen, dass die Mehraufwendungen für den HZV-Vollversorgungsvertrag gegenüber der Regelversorgung durch Einsparungen in anderen Ausgabensektoren der Krankenkasse refinanziert werden konnten. Das soziale Unternehmen Krankenkasse ist nach eigenem Selbstverständnis dazu da, mit den Versicherungsgeldern bzw. den Zuwendungen aus dem Gesundheitsfonds für die bestmögliche Versorgung ihrer Versicherten zu sorgen. Bei einem gegebenen Ausgabenbudget und nachweisbar kostenträchtigen Fehlsteuerungen der Patienten in der Regelversorgung, ermöglicht der HZV-Vollversorgungsvertrag eine Reallokation der Finanzmittel zwischen den Ausgabensektoren bei gleichzeitig steigendem Versorgungsniveau und ohne finanzielle Überforderung der Krankenkasse. Nach den Erfahrungen mit dem KV-System und seiner durch Interessengegensätze bedingten Reformunfähigkeit, priorisierte die AOK zusammen mit dem Hausärzterverband und MEDI einen von der KV unabhängigen Vollversorgungsvertrag. Der mit dieser Vertragsform sowohl der Kasse als auch den Ärzteverbänden eröffnete Gestaltungsspielraum kann vom KV-System nicht mehr „kontaminiert“ werden. Dieser HZV-Vollversorgungsvertrag, in dem u. a. die intensivere Behandlung und die Lotsen- und Koordinierungsfunktion der Hausärzte eine zentrale Rolle spielen und auch die Vergütungssystematik völlig von den gängigen KV-Regularien abweicht, bildet die Grundlage für den Aufbau einer alternativen hausärztlichen Versorgung und zugleich den Ausgangspunkt für eine Neugestaltung der Kooperation mit anderen fachärztlichen und künftig auch stationären Leistungsbereichen in Abgrenzung zum Regelbetrieb im KV-System.

Bezogen auf den von der AOK Baden-Württemberg vorgelegten Wirtschaftlichkeitsnachweis des Vollversorgungsvertrages wird von interessierter Seite insinuiert, die AOK „schöne“ ihre Zahlen. Ohne Belege „pflegen“ die HZV-Gegner ihr damit Ressentiment, wonach nicht sein kann, was nicht sein darf.

Zusätzlich zu den mittlerweile vorgelegten zwei wissenschaftlichen Evaluationen lässt die HÄVG AG jährlich eine Befragung der an der HZV teilnehmenden Versicherten von dem Unternehmen prognos durchführen. Die jährlich veröffentlichten Befragungsergebnisse

zeigen, dass die überwiegende Mehrheit der HZV-Patienten immer wieder bestätigt, im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung besser betreut zu werden als in der Regelversorgung.

Die Ergebnisse der vom BKK Landesverband in Baden-Württemberg über 40 BKK in Auftrag gegebenen Evaluationsstudie über die Wirkungen des einvernehmlich zustande gekommenen Vollversorgungsvertrages im Zeitraum zwischen 2009 und dem 1. Halbjahr 2012 wurden Mitte 2013 in Folienform präsentiert. Bessere Ergebnisse gegenüber der Regelversorgung wurden im Evaluationszeitraum bei der Verhinderung von Rehospitalisierung und geringeren Arztkontakten bei verschiedenen ambulanten Ärzten festgestellt. Insgesamt wird ein weiter steigender positiver Versorgungstrend für die Folgejahre im Rahmen des HZV-Vollversorgungsvertrages prognostiziert. In Bezug auf die Wirtschaftlichkeit des Vertrages war das Evaluationsergebnis, dass nach einem zweijährigen Beobachtungszeitraum die durchschnittlichen Gesamtleistungsausgaben je HZV-Versicherten im Vergleich zur Regelversorgung niedriger lagen. Und die Studie zeigte ferner, dass im HZV-Vollversorgungsvertrag innerhalb des Betrachtungszeitraums nicht nur die ärztliche Betreuung besser wird, sondern darüber auch die Diagnosequalität insbesondere bei mehrfach chronisch kranken Patienten steigt und die Kassen dadurch höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhielten.

Vergleich vorliegender Evaluationsergebnisse zwischen Add-on-Vertrag und HZV-Vollversorgungsvertrag

Ein zeitnaher Ergebnisvergleich zwischen einem Add-on-Vertrag und einem Vollversorgungsvertrag ist derzeit nur zwischen den evaluierten HZV-Verträgen in Sachsen-Anhalt und in Baden-Württemberg möglich. Die Vertragspartner der jeweiligen Vertragsform haben in 2014 ihre Evaluationsergebnisse öffentlich präsentiert. Dabei fällt sofort auf, dass sich beide Evaluationen qualitativ und im Umfang ihrer Ergebnisse signifikant unterscheiden.

Die Evaluationsergebnisse des Add-on-Vertrages wurden auf der erwähnten Pressekonferenz auf einem zwei-Seiten-Papier präsentiert. Aussagen zur Wirtschaftlichkeit sucht man vergebens. Über die Evaluationsmethode und das Untersuchungsdesign wird keine Auskunft gegeben. Entsprechende Nachfragen der Autoren dieses Artikels beim Projektleiter der Evaluation wurden nicht beantwortet.

Anders dagegen die Evaluationsqualität des HZV-Vollversorgungsvertrages in Baden-Württemberg. Es handelt sich dabei um eine Evaluation, deren dargestellter methodischer Ansatz und der Untersuchungsgang wissenschaftlichen Ansprüchen genügen. Die auf dieser Basis präsentierten Ergebnisse belegen, dass dieser Vollversorgungsvertrag die Erwartungen an eine Hausarztzentrierte Versorgung gesetzten erfüllt. Ebenso wird die Wirtschaftlichkeit dieses Vertrages durch Zahlen der AOK Baden-Württemberg öffentlich und transparent belegt.

Bislang evaluierte HZV-Add-on-Verträge sind, neben methodischen Unklar-

Die vorliegenden Evaluationen sprechen in versorgungspolitischer und aus wirtschaftlicher Sicht für Vereinbarungen von HZV-Vollversorgungsverträgen außerhalb des KV-Systems.

heiten beim ältesten Add-on-Vertrag, in ihren Aussagen auf wenige Befunde begrenzt und geben – abgesehen von den längst gekündigten Add-on-Verträgen der Ersatzkassen (2005-2008) – keine Auskunft über ihre Wirtschaftlichkeit. Für Ende 2015 ist die schon für Ende 2013 angekündigte Präsentation von Evaluationsergebnissen des HZV-Add-on-Vertrages der AOK plus in Thüringen geplant. Vielleicht werden dann auch Ergebnisse über die Wirtschaftlichkeit dieses Vertrages präsentiert.

Fazit

Hausarztzentrierte Versorgungsverträge sind gesetzlich seit 2004 als § 73b SGB V, alternativ zur Regelversorgung im KV-System, eingeführt worden. Weitere gesetzliche Änderungen in den Folgejahren

haben die Kassen zum Abschluss eines HZV-Vertrages verpflichtet, die Bereinigungsvorgaben bei Vollversorgungsverträgen festgelegt, die Kontrahierungspflicht der Kassen mit einem mandatierten Hausarztverband vorgeschrieben und für den Streitfall ein Schiedsverfahren für die Vertragsfestsetzung vorgesehen. Die anfänglich nur zögerliche und eher ablehnende Umsetzung eines HZV-Vertrages durch die Krankenkassen änderte sich durch die erwähnten gesetzlichen Regelungen, und trotz der teilweise immer noch fortbestehenden Widerstände einzelner Krankenkassen ist eine Zunahme von HZV-Vertragsabschlüssen festzustellen. Anstelle der Frage, ob überhaupt ein HZV-Vertrag abzuschließen sei, war und ist noch immer streitbefangen, in welcher Vertragsform eine HZV vereinbart werden muss oder vereinbart werden kann. In allen bisherigen Schiedsverfahren haben die Schiedspersonen mit ausführlicher Begründung die HZV als Vollversorgungsvertrag ohne KV-Beteiligung und mit Bereinigung festgesetzt. Doch sind bei einvernehmlich vereinbarten HZV-Verträgen weiterhin auch Add-on-Verträge unter Einbezug der KV möglich, solange es dazu keine klare rechtliche Regelung oder eine höchstrichterliche

Entscheidung gibt. Mit Add-on-Verträgen lässt sich, anders als bei Vollversorgungsverträgen, das Verbesserungspotential der Hausarztzentrierten Versorgung nicht ausschöpfen. Die wenigen HZV-Verträge, die bisher evaluiert wurden, zeigen in verschiedenen Punkten Vorteile gegenüber der Regelversorgung. Doch bleiben die evaluierten HZV-Add-on-Verträge den Nachweis der Wirtschaftlichkeit schuldig. Die Evaluationsergebnisse der zwei bisher

evaluierten HZV-Vollversorgungsverträge, insbesondere der Vertrag der AOK Baden-Württemberg, belegen nicht nur eine signifikante Versorgungsverbesserung gegenüber der Regelversorgung, sondern auch ihre Wirtschaftlichkeit. Die bislang vorliegenden Befunde sprechen in versorgungspolitischer und aus wirtschaftlicher Sicht für die Vereinbarung von HZV-Vollversorgungsverträgen außerhalb und alternativ zum KV-System. ■

Literatur

Pressekonferenz 09.09.2014:

Pressemappe, Grafiken: Finanzierung des AOK-Hausarzt-Vertrages (HZV) in Baden-Württemberg 2013 (www.neue-versorgung.de)

Pressemittteilung (Hausarztverband SA, AOK SA, IKKplus, KV SA) von September 2014

dvb-Pressespiegel vom 11.01.2008

AQUA-Institut GmbH: Evaluation von fünf Ersatzkassenverträgen auf der Grundlage von § 73 b SGB V (ohne Jahresangabe) Betrachtungszeitraum 2005-2008 (16.09.2013)

AQUA-Institut GmbH: Pressemeldung vom 17.10.2008

Anja Klingberg u. a.: Hausarztzentrierte Versorgung aus Sicht der teilnehmenden Ärzte in: Medizinische Klinik 2010; 105:89-95/Nr. 2

Ose, D. et al: Mit Überweisung vom Hausarzt zum Spezialisten – Haben Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) einen Einfluss? In: Zeitschrift Allg. Med. 2008; 84:321-326

Boeck et al (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2008

Gesundheitsforum Leipzig: Evaluation Hausarztzentrierte Versorgung – Ergebnisse, Kornwestheim 05.06.2013 (Betriebskrankenkassen in Baden-Württemberg)

Gerlach, F. / Szescenyi, J.: Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73 b SGB V in Baden-Württemberg (2013 – 2016) – Ergebnisbericht (Stand: 09.09.2014)

prognos: Ergebnisse der telefonischen Versichertenbefragung 2015 im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung der AOK Baden-Württemberg, Berlin 17.04.2015

Festsetzung von Vollversorgungsverträgen durch Schiedspersonen (beispielhaft für alle anderen Schiedsverfahren)

■ Schiedsspruch Nicolay vom 14.07.2014 (EK in Hamburg, ohne TK):

„Ein Vollversorgungsvertrag steht nach der gesetzlichen Regelung im Vordergrund. Die Bestimmungen über die Bereinigung der Gesamtvergütung gemäß § 73b Abs.7 SGB V und die Einschränkung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 6 setzen Vollversorgungsverträge voraus. Für Add-on-Verträge wären sie überflüssig. Der Gesetzgeber geht hier also davon aus, dass die Versorgung der an der HZV teilnehmenden Versicherten von der kollektivvertraglichen Organisation (durch die Kassenärztliche Vereinigung) in die selektivvertragliche Organisation übergeht, was bei der kollektivvertraglichen Versorgung ergänzenden HZV-Verträgen nicht der Fall wäre. Die Tendenz zu umfassenden selektivvertraglichen Regelungen ist somit verstärkt worden. [...] Bereinigung der Gesamtvergütung [...] Auch dies eine eindeutige Feststellung, dass die an der HZV teilnehmenden Versicherten selektivvertraglich versorgt werden und die kollektivvertraglich geregelten Gesamtvergütungen entsprechend zu bereinigen sind.“

„Add-on-Verträge bieten die Möglichkeit, mit gezielten finanziellen Anreizen Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen an die Versorgung und bestimmte Leistungen zu fördern. Dabei bleiben aber die ganze Struktur der kollektivvertraglichen Versorgung und ihrer Vergütung außen vor. Sie werden nicht für die besondere Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V ausgestaltet, deren Möglichkeiten werden hier nicht genutzt. Der Vollversorgungsvertrag [...] stellt eine entscheidende Grundlage für die Verbesserung der Versorgung insbesondere der chronisch Kranken, zur Vermeidung unnötiger Arztkontakte mit unnötigen Folgekosten sowie zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven dar. Diesem ist daher der Vorzug zu geben.“ (S. 28f.)

■ Schiedsspruch H. Klein vom 19.12.2014 (AOK Bayern):

„Denn nur in einem Vollversorgungsvertrag lässt sich das legislative Ziel eines obligatorischen Primärarzt-systems erreichen, indem die gesamte hausärztliche Versorgung einschließlich aller Behandlungsabläufe, der Dokumentation, Koordination und Lotsenfunktion in einer Hand, nämlich des gewählten Hausarztes, zusammengeführt wird, und er zugleich besondere Qualifikationsanforderungen erfüllt. Demgegenüber beschränkt sich ein Add-on-Vertrag auf die Regelungen einiger, über die Regelversorgung hinausgehender Leistungselemente mit der Folge, dass mit einem derartigen dualen hausärztlichen Versorgungssystem das legislative versorgungspolitische Ziel der Gewährleistung der Behandlungsabläufe und der Koordination aus einer Hand nicht, allenfalls unvollkommen, erreicht werden kann. Nur in einem Vollversorgungsvertrag kann außerdem das vom Gesetzgeber angestrebte ordnungspolitische Ziel erreicht werden, durch die Implementation eines alternativen selektivvertraglich ausgestalteten „besonderen“ hausärztlichen Versorgungssystems in Konkurrenz zu der kollektivvertragsrechtlich eingebetteten Regelversorgung eine Pluralisierung des Versorgungsgeschehens zu erreichen, indem nicht nur der Wettbewerb unter den Kassen verstärkt wird, sondern zugleich zwei alternativ angelegte hausärztliche Systeme in einem zunächst auf vier Jahre angelegten Wettbewerb stehen, um anschließend Vor- und Nachteile evaluieren zu können.“ /S. 12/