



## **Die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) als neues Steuerungsmodell in der vertragsärztlichen Versorgung**

Vortrag auf dem Symposium

„Veränderte Versorgungsstrukturen in der hausärztlichen Versorgung“

der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht

am 12. März 2009 in Berlin

## I. Typologie des kassenärztlichen Vertragsrechts

### 1. Regelversorgung, § 73 SGB V

- Einheitliche Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung durch Gesamtverträge und freie Wahlrechte für die Versicherten
- Kritikpunkte:
  - ✓ Sektorentrennung
  - ✓ Wettbewerbsfeindlichkeit
  - ✓ Doppeluntersuchungen

### 2. Alternativversorgung: Vertragstypen

	<b>Strukturverträge, § 73a SGB V</b>	<b>Hausarztzentrierte Versorgung § 73b SGB V</b>	<b>Besondere ambulante ärztliche Versorgung, § 73c SGB V</b>
<b>Inhalt</b>	Dezentrale hausärztliche Versorgung	Dezentrale hausärztliche Versorgung	Dezentrale fachärztliche Versorgung
<b>Zuständigkeit</b>	Gesamtvertragsparteien	Primär Hausärztliche Gemeinschaften	Gleichberechtigte Vertragspartner

## II. Vertragspartner der hausarztzentrierten Versorgung

Primärverträge, § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V  
Gemeinschaften der Hausärzte

Sekundärverträge

Fakultativ  
§ 73b Abs. 4 S. 3 SGB V

Obligatorisch  
§ 73b Abs. 4 S. 4 SGB V

Optionen für die Kassenärztlichen Vereinigungen:

- Strukturverträge, § 73a SGB V
- Hausarztverträge nur bei einer Ermächtigung, § 73b Abs. 4 S. 3 Nr. 4 SGB V
- Facharztverträge, § 73c SGB V



### III. **Verwaltungsverfahren**

#### 1. **Primärverträge: Schiedsverfahren, § 73b Abs. 4a SGB V**

- keine Zwangsschlichtung, sondern Dispositionsfreiheit der hausärztlichen Gemeinschaften
- Die Schiedsperson ist keine Behörde.
- Anwendbares Recht: §§ 317-319 BGB, d. h. nur gerichtliche Billigkeitskontrolle des Schiedsspruches. Die damit einhergehende Beschränkung der Kontrolldichte entspricht der Rechtslage zu § 89 SGB V.

## 2. Sekundärverträge: Ausschreibung

- Sozialrechtliche Ausschreibungspflicht, § 73b Abs. 4 S. 5 SGB V
- Ausschreibung nach allgemeinem Vergaberecht (Folge: nur einem Bieter wird der Zuschlag erteilt, § 97 Abs. 5 GWB)?
  - ✓ Generalanwalt Mazák, Rs. C-300/07 v. 16. 12. 2008: Krankenkassen sind öffentliche Auftraggeber (§ 98 Nr. 2 GWB) und integrierte Versorgungsverträge sind öffentliche Aufträge i. S. v. § 99 GWB (Rahmenvereinbarungen)
  - ✓ Folgeprobleme der Anwendung des allgemeinen Vergaberechts:
    - Obligatorischer Sekundärvertrag, § 73b Abs. 4 S. 4 SGB V: Ein Vertragspartner allein kann flächendeckende Versorgung nicht herstellen
    - Fakultativer Sekundärvertrag, § 73b Abs. 4 S. 3 SGB V: Primärvertrag mit den hausärztlichen Gemeinschaften gibt die Vertragsbedingungen bereits vor



## IV. Auswirkungen auf die Architektur des Vertragsarztrechts

Thesen im Überblick:

- (1) Es gibt keinen vertragsärztlichen Flächentarifvertrag mehr.
- (2) Das Rad der Geschichte des Vertragsarztrechts dreht sich vom Korporatismus über den Einzelvertrag wieder zum (Semi-)Korporatismus zurück.
- (3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind systemrelevant.
- (4) Das Schicksal des Sicherstellungsauftrages ist ungeklärt.



## 1. Das Ende des vertragsärztlichen Flächentarifvertrages

- Funktion eines Flächentarifvertrages: Aufstellung einheitlicher Leistungs- und Vergütungsbedingungen, die die Mitglieder der vertragsschließenden Verbände berechtigen und verpflichten.
- Klassische Kritik: Einheitliche Regelung wird den unterschiedlichen Situationen der Betroffenen nicht gerecht; Folge: Separatismus
- Besonderheit beim vertragsärztlichen Flächentarifvertrag: Neue Vertragskompetenzen unterscheiden sich weniger inhaltlich als vielmehr im Hinblick auf die Vertragsparteien voneinander.
- Konsequenz: Neue Sektorengrenzen durch Akteursvielfalt  
Oder: Neue Kartellbildung der Verbände?

## 2. Der neue Semikorporatismus im Vertragsarztrecht

Traditionelle duale Struktur der Verbände der Leistungserbringer

```
graph TD; A[Traditionelle duale Struktur der Verbände der Leistungserbringer] --> B[Kassenärztliche Vereinigungen: Körperschaften des öffentlichen Rechts mit umfassendem Verhandlungsmandat]; A --> C[Sonstige „für die Wahrnehmung der Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisationen“, z.B. §§ 125 Abs. 1 S. 1, 129 Abs. 2 SGB V];
```

Kassenärztliche Vereinigungen:  
Körperschaften des öffentlichen  
Rechts mit umfassendem  
Verhandlungsmandat

Sonstige „für die Wahrnehmung  
der Interessen gebildete maßgebliche  
Spitzenorganisationen“, z.B.  
§§ 125 Abs. 1 S. 1, 129 Abs. 2 SGB V

### *Relativierung des Dualismus:*

- § 73b SGB V: Umfassendes Mandat eines privatrechtlichen Interessenverbandes
- Neue Verbandsbildung, um eine Gegenmacht zu den Krankenkassen zu schaffen (s. § 73c SGB V)

### 3. Die Systemrelevanz der Kassenärztlichen Vereinigungen

Funktionsbezogene duale Struktur der Ärzteverbände

```
graph TD; A[Funktionsbezogene duale Struktur der Ärzteverbände] --> B[Kassenärztliche Vereinigungen: Körperschaften, die im Allgemeininteresse handeln]; A --> C[Berufsverbände: Politische Interessenvertretung der Ärzteschaft];
```

Kassenärztliche Vereinigungen:  
Körperschaften, die im Allgemein-  
interesse handeln

Berufsverbände:  
Politische Interessenvertretung  
der Ärzteschaft

*Auswirkung der Dezentralisierung der ärztlichen Verantwortung:*

Steuerungsverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen für das gesamte Gesundheitswesen wird fraglich, insbesondere Entsendung von Mitgliedern in den Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 2 SGB V)

## 4. Der Sicherstellungsauftrag

§ 73b Abs. 4 S. 6 SGB V: Der Sicherstellungsauftrag (§ 75 SGB V) ist eingeschränkt.

*Konsequenzen:*

- Es gibt keinen gesetzlich begründeten Sicherstellungsauftrag
- Privatisierung der Aufgabenwahrnehmung bewirkt, dass das rechtsstaatliche, an hierarchischen Weisungssträngen orientierte Verwaltungsrecht seine Steuerungsfunktion für die Sicherung von Gemeinwohlbelangen wie der Versorgungssicherheit einbüßt, d. h. keine gesetzlichen Eingriffsbefugnisse der Gemeinschaften der Hausärzte, außerdem keine Staatsaufsicht über diese.

*Lösungsvorschlag* im allgemeinen Verwaltungsverfahrenrecht:

§ 56a VwVfG (Kooperationsvertrag/public-private-partnership) neu

„Ein öffentlich-rechtlicher Vertrag im Sinne des § 54 Abs. 3 VwVfG kann geschlossen werden, wenn die Behörde sicherstellt, dass ihr ein hinreichender Einfluss auf die ordnungsgemäße Erfüllung der öffentlichen Aufgabe verbleibt. Die Behörde darf nur einen Vertragspartner auswählen, der fachkundig, leistungsfähig und zuverlässig ist.“

## **Problematische Relativierung der hoheitlichen Gewährleistungsverantwortung:**

- § 73b SGB V enthält keine qualitative Anforderungen an die Gemeinschaften der Hausärzte.
- Die Überprüfung der Qualifikation ( § 73b Abs. 2 SGB V) der mandatierenden Hausärzte ist nicht geregelt, vgl. lediglich § 6 Abs. 6 HZV-Bayern (Stichproben).
- Vertragsbeendigung: Kündigung durch Ärzte soll keinen Einfluss auf das Fortbestehen des HZV-Bayern haben, § 7 Abs. 6 HZV-Bayern.  
Kritik: Kündigungen können dazu führen, dass die Gemeinschaft nicht mehr über 50% der Hausärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertritt (vgl. § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V).
- Fehlende Parität der Vertragspartner: Die Krankenkassen müssen Hausarztverträge abschließen, und zwar prioritär mit den Gemeinschaften der Hausärzte; diese indes genießen grundsätzlich uneingeschränkte Vertragsfreiheit.

## V. Schluss

Wer ist der neue Spielmacher unter den Ärzteverbänden?





*Vielen Dank  
für  
Ihre Aufmerksamkeit !*