

**Dr. Arnold Knigge**  
Besselstraße 37  
28203 Bremen

Bremen, 23. Dezember 2009

AOK Bremen/Bremerhaven  
vertreten durch den Vorsitzenden des Vorstandes  
Herrn Norbert Kaufhold  
Bürgermeister-Smidt-Straße 95  
28195 Bremen

Hausärzteverband Bremen e.V.  
vertreten durch den Vorsitzenden  
Herrn Dr. med. Hans-Michael Mühlenfeld  
Rablinghauser Landstr. 51e  
28197 Bremen

Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG  
vertreten durch ihre Vorstände  
Herrn Eberhard Mehl, Herrn Joachim Schütz und Herrn Dr. Jochen Rose  
Von-der-Wettern-Straße 27  
51149 Köln

**Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V -  
Entscheidung nach § 73b Abs.4 und 4a SGB V**

Sehr geehrte Herren,

im Verfahren der Schiedsperson nach § 73b Absatz 4a Satz 2 SGB V mit der AOK Bremen/  
Bremerhaven, dem Hausärzteverband Bremen und der Hausärztlichen Vertragsgemein-  
schaft ergeht folgende **Entscheidung**:

„1. Der Inhalt des Vertrages nach § 73b Absatz 4 Satz 1 SGB V wird durch folgende Anlagen  
zu diesem Schreiben festgelegt:

- **Anlage 0** Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung
- **Anlage 1** Vertragssoftware
- **Anlage 2** Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen
- **Anlage 3** HZV-Vergütung und Abrechnung
- **Anlage 4** Prozessbeschreibung
- **Anlage 5** Infopaket und Starterpaket
- **Anlage 6** Teilnahmebedingungen Versicherte (Teilnahmeerklärung Haus  
arztprogramm und Patienteninformation)

- **Anlage 7** Verfahren der Schiedsperson
- **Anlage 8** Datenschutz
- **Anlage 9** Prüfwesen im Sinne von § 73 b Abs. 5 Satz 5 SGB V
- **Anlage 10** Datensatzbeschreibungen.

2. Der Vertrag tritt zum 1. Januar 2010 in Kraft.“

Die Entscheidung wird wie folgt **begründet**:

### 1. Zum Verfahren der Entscheidung

Die seit Anfang 2009 laufenden Vertragsverhandlungen zwischen dem Hausärzteverband Bremen e.V. und der AOK Bremen/Bremerhaven haben nicht zu einem Vertragsschluss über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b Abs.4 SGB V geführt. Nachdem sich die Beteiligten auch nicht auf eine Schiedsperson verständigen konnten, hat die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen mit Bescheid vom 28. August 2009 mich als Schiedsperson in den Vertragsverhandlungen zwischen dem Hausärzteverband Bremen e.V. bestellt und zugleich festgestellt, dass der Hausärzteverband Bremen zum Abschluss eines Vertrages nach § 73b Absatz 4 SGB V ausreichend mandatiert wurde.

Mit der AOK Bremen/Bremerhaven, dem Hausärzteverband Bremen e.V. und der Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG (im Folgenden: Beteiligten) fanden seit meiner Bestellung zur Schiedsperson folgende **Erörterungen und Verhandlungen** statt:

- Der Hausärzteverband hat mit Schreiben vom 6. September 2009 ein umfassendes Vertragsangebot zur Einführung einer flächendeckenden hausarztzentrierten Versorgung (HZV) vorgelegt und erläutert. Dieses Vertragsangebot wurde auf der Grundlage des Mustervertrages des Deutschen Hausärzteverbandes im Verlauf der Erörterungen und Verhandlungen der Beteiligten weiter konkretisiert und aktualisiert.
- Am 14. September 2009 wurden Eckpunkte des Verfahrens zwischen den Beteiligten abgestimmt und die wesentlichen inhaltlichen Positionen des Hausärzteverbandes Bremen und der AOK Bremen /Bremerhaven dargelegt und erörtert.
- In den Sitzungen vom 9. Oktober, 17. November und 27. November 2009 fanden Beratungen der Beteiligten mit der Schiedsperson zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen, dem Verfahren, der Organisation, der Vergütung und Abrechnung, der Kalkulation und der Finanzierung der hausarztzentrierten Versorgung auf der Grundlage des vom Hausärzteverband Bremen vorgeschlagenen Vertrages nebst Anlagen und der Stellungnahmen der Beteiligten statt.
- Zusätzlich kam in Abstimmung mit allen Beteiligten die Schiedsperson mit jeweils einer Vertreterin der AOK Bremen/Bremerhaven und der HÄVG zur Redaktionssitzung am 30. November zusammen, um den bis dahin erreichten Stand der Erörterungen in den Vertragsvorschlag des Hausärzteverbandes Bremen einzuarbeiten.
- Die Schiedsperson führte informatorische Gespräche mit dem Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Herrn Prof. Dr. Glaeske, am 8. Dezember, den Herren Dr. Trapp und Dr. Fröhlingdorf vom Bre-

mer Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte am 9. Dezember und den Herren Dr. Spiro und Dr. Scherer von der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen am 10. Dezember 2009. Über die Gespräche wurden die Beteiligten in der nachfolgenden Sitzung informiert.

- Die redaktionell überarbeitete Fassung des HZV-Vertragsvorschlages des Hausärzterverbandes Bremen wurde insbesondere im Hinblick auf ausgewiesene Dissense am 15. Dezember 2009 abschließend erörtert. Die Schiedsperson berichtete dazu im Einzelnen über die beabsichtigte Entscheidung und ihre Begründung und gab in der Sitzung erneut Gelegenheit zur Stellungnahme.
- Die Schiedsperson stimmte in Abstimmung mit allen Beteiligten am 16. Dezember 2009 mit einer Vertreterin der AOK Bremen/Bremerhaven und zwei Vertreterinnen der HÄVG die aufgrund der Erörterungen und der beabsichtigten Entscheidung der Schiedsperson notwendigen Änderungen des Vertragsvorschlags des Hausärzterverbandes Bremen redaktionell ab.

Den Beteiligten wurde jeweils zu und zwischen den Sitzungen Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme gegeben. Sämtliche Stellungnahmen gingen den Beteiligten zur Kenntnisnahme zu.

Die **AOK Bremen/Bremerhaven** hat zu der Sitzung vom 9. Oktober 2009 folgende **Anträge** gestellt:

**Antrag 1: Es wird beantragt festzustellen, dass die vorgelegten Mandate zwar numerisch das erforderliche Quorum erfüllen, inhaltlich aber zu kurz greifen und den HÄV nicht zur Einleitung des Schiedsverfahrens nach § 73b Abs. 4a SGB V ermächtigen.**

**Antrag 2: Es wird beantragt, die am 12.02.2007 u.a. mit dem HÄV Bremen e.V. geschlossene Vereinbarung über eine hausarztzentrierte Versorgung erneut als Vertrag nach § 73b Abs. 4 SGB V festzusetzen.**

**Antrag 3: Es wird beantragt, bei Festsetzung eines HzV-Vertrages nach dem vom HÄV vorgelegten Vertragsmuster (Vollversorgungsvertrag) die einzelnen Vergütungen so festzusetzen, dass die Gesamtausgaben (inkl. Kosten für Fehlkontakte und Verwaltungskosten) den mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen zu vereinbarenden Bereinigungsbetrag nicht überschreiten.**

**Antrag 4: Es wird beantragt, bei Festsetzung eines HzV-Vertrages nach dem vom HÄV vorgelegten Vertragsmuster (Vollversorgungsvertrag)**

1. dem HÄV den Sicherstellungsauftrag inkl. der Durchführung des Notdienstes aufzuerlegen,
2. dem HÄV die Schaffung der Voraussetzungen aufzuerlegen, um den Verpflichtungen nach §§ 106 und 106a SGB V sowie den gesetzlichen Anforderungen der Qualitätssicherung nachzukommen,

3. die teilnehmenden Hausärzte unabhängig von den festgesetzten Abrechnungspositionen zur Vollständigen Datenübermittlung gem. § 295 SGB V zu verpflichten,
4. die Abrechnung der festgesetzten Vergütungspositionen über die Kassenärztliche Vereinigung Bremen zu organisieren,
5. das Mindestalter für die Einschreibung von Versicherten in die HzV auf 18 Jahre festzusetzen,
6. den Vertragsparteien die weitere Ausgestaltung solcher Vertragsdetails zu überlassen, die in diesem Schriftsatz nicht ausdrücklich angesprochen werden.

Der **Hausärzteverband Bremen** hat in der mündlichen Verhandlung am 09.10.2009 beantragt,

1. die Anträge 1 bis 4 der Antragsgegnerin abzuweisen.
2. einen HZV-Vertrag nach dem vom Hausarztverband Bremen vorgelegten Vertrag (Vollversorgungsvertrag) einschließlich aller Anlagen als Vertrag nach § 73b Abs. 4 SGB V mit Wirkung zum 01.01.2010 festzusetzen,
3. die Parteien des Schiedsverfahrens zu verpflichten, bis zum 15.12.2009 die noch notwendigen Anlagen und Sachverhalte zur Umsetzung des HzV-Vertrages einvernehmlich abzustimmen. Sofern bis zum 15.12.2009 keine Einigung zwischen den Parteien des Schiedsverfahrens erzielt werden kann, wird beantragt, zeitnah das Schiedsverfahren hinsichtlich der noch offenen Anlagen und Sachverhalte fortzuführen.
4. die Antragsgegnerin zu verpflichten,
  - a) als nach § 73b Abs. 7 verpflichtete Krankenkasse bis zum 01.01.2010 auf ihrer Seite sämtliche Voraussetzungen für eine Bereinigungsregelung nach § 73b Abs. 7 SGB V zum HZV-Vertrag Wirkung zum 01.04.2010 zu schaffen und über die Einhaltung dieser Verpflichtung, auf Antrag des Antragstellers, der Schiedsperson jeweils binnen einer Woche ab Aufforderung durch die Schiedsperson schriftlich Auskunft zu erteilen,
  - b) hilfsweise unverzüglich das zuständige Schiedsamt gem. § 89 SGB V anzurufen, wenn bis zum 01.01.2010 keine Einigung i.S. von lit. a) erzielt wird.

Zu den nachfolgenden Sitzungen hat die **AOK Bremen/Bremerhaven** folgende **Anträge** gestellt:

**Antrag 1: Die AOK Bremen/Bremerhaven beantragt, die Einschreibung der Versicherten in der Arztpraxis und in den Geschäftsstellen der AOK Bremen/Bremerhaven unter folgenden Voraussetzungen durchzuführen:**

1. Ausführliche Beratung und Information des Versicherten vor der Einschreibung über die Rechte und Pflichten seiner Teilnahme an der HZV, insbesondere zur Bindung an den betreuenden Hausarzt und die Pflicht – außer im Notfall - keine weiteren Ärzte und ohne Überweisung des betreuenden Hausarztes kein Fachärzte aufzusuchen. Diese Beratung ist nicht nur auf Wunsch des Versicherten, sondern verpflichtend bei jeder Einschreibung durchzuführen.
2. Eine betriebswirtschaftliche Risikoselektion in der Arztpraxis bei der Auswahl der teilnehmenden Versicherten findet nicht statt.

3. Der HÄV stellt durch geeignete technische Maßnahmen sicher, dass über die verpflichtende Vertragssoftware der Ärzte jeder teilnehmende Arzt erkennen kann, ob der Patient bereits HZV-Teilnehmer ist.
4. Die technische Umsetzung und die Formulierung der Teilnahmeerklärung des Versicherten werden hinsichtlich der versichertenbezogenen Daten mit dem Datenschutzbeauftragten der AOK Bremen/Bremerhaven abgestimmt.
5. Der technische Prozess der Versicherteneinschreibung, insbesondere die Datenformate, Lieferwege und -fristen werden mit der AOK Bremen/Bremerhaven abgestimmt.
6. Die Vertragsparteien werden die Entwicklung der Fehlkontakte beobachten und sich über geeignete Maßnahmen zur Reduzierung von Fehlkontakten verständigen.
7. Die aus Fehlkontakten resultierenden Mehrkosten werden bei der Festlegung der Vergütung zu Lasten der HZV-Ärzte berücksichtigt.

**Antrag 2: Die AOK Bremen/Bremerhaven beantragt, ausschließlich Allgemeinmediziner gem.**

**§ 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 SGB V als teilnahmeberechtigte Ärzte an der HzV zuzulassen.**

**Antrag 3: Die AOK Bremen/Bremerhaven beantragt, die Teilnahme für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr zuzulassen.**

**Antrag 4: Die AOK Bremen/Bremerhaven beantragt, gem. Anlage 2 des vorgelegten Vertragsentwurfes die Leitlinie „Allgemeinmedizin“ des AWMF verpflichtend heranzuziehen sowie die Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 Abs. 2 wie oben beschrieben zu ergänzen.**

Die in den Sitzungen von den Beteiligten gestellten Anträge wurden in den Beratungen ausführlich erörtert und bei der Entscheidung berücksichtigt. Zum Verlauf und Ergebnis der Beratungen wird auf die mit den Beteiligten abgestimmten Protokolle der Sitzungen vom 14.9., 9.10., 27.11., 30.11. und 15.12.2009 Bezug genommen.

## **2. Zum rechtlichen Rahmen der Entscheidung**

Die Entscheidung beruht auf folgenden wesentlichen rechtlichen Erwägungen:

### **a. Ziel und Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Die folgenden Ausführungen lehnen sich weitgehend an die Kommentierungen von Engelmann zu § 73b SGB V in Engelmann/ Schlegel/Voelzke, juris PraxisKommentar SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung (erscheint in Kürze) an.

§ 73b SGB V schreibt vor, dass die Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung als hausarztzentrierte Versorgung (HZV) anzubieten haben. Das Gesetz geht über die Anforderungen hinaus, die die hausärztliche Versorgung nach § 73 Abs. 1 SGB V erfüllen soll, und löst die von den Krankenkassen mit den Leistungserbringern zu schließenden HZV-Verträge aus dem Kollektivvertragssystem heraus. Das GKV-OrgWG vom 15.12.2008 begründete zusätzlich eine Verpflichtung der Krankenkassen, bis zum 30.6.2009 HZV-Verträge mit solchen Gemeinschaften zu schließen, die mindestens 50 % der Allgemeinärzte im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) repräsentieren.

Das Besondere der HZV besteht somit darin, dass der Gesetzgeber sie aus der vertragsärztlichen Versorgung, die durch die KV sicherzustellen ist (§ 73 Abs. 2 SGB V), herausgenommen und der Vereinbarung im Wege von Einzelverträgen (Selektivverträgen) der Krankenkassen mit Leistungserbringern bzw. Gruppen von ihnen überantwortet hat. Durch die Intensivierung des Wettbewerbs sollen auf Kassenseite Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung deutlich verbessert werden.<sup>2</sup>

In diesem Zusammenhang ist zu klären, welchen Charakter und Umfang die HZV-Verträge nach § 73b SGB V annehmen können oder gar müssen. Die Frage lautet konkret, ob diese Verträge als sog. Add-on-Verträge, die lediglich mit bestimmten Leistungen diejenige der kollektivvertraglich geregelten hausärztlichen Versorgung ergänzen, oder als sog. Vollversorgungsverträge abgeschlossen werden, die an Stelle der bisherigen hausärztlichen Versorgung eine Vollversorgung innerhalb der HZV eigenständig anbieten. Auszugehen ist von der gesetzgeberischen Zielsetzung, mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen durch Erweiterung ihrer Handlungsspielräume zum Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern oder Gruppen von ihnen zu ermöglichen. Mit diesem Ziel wäre es nicht zu vereinbaren, wenn sich die HZV allein auf die Vereinbarung einiger zusätzlicher Leistungen zur - im Kollektivvertragssystem verbleibenden - hausärztlichen Versorgung beschränken würde. Die Neuregelung des § 73b SGB V sollte nach den Vorstellungen des Gesetzgebers vielmehr dazu führen, dass die hausarztzentrierte Versorgung an die Stelle der hausärztlichen Versorgung tritt und mit ihr (und den Verträgen zur besonderen ambulanten Versorgung gem. § 73c SGB V) ein Einzelvertragssystem installiert wird, das neben oder außerhalb der kollektivvertraglichen Versorgung ein alternatives Versorgungssystem in der ambulanten hausärztlichen Versorgung darstellt.

Es handelt sich bei der HZV also nicht mehr um vertragsärztliche Versorgung im Sinne des Kollektivvertragssystems, sondern um eine eigenständig zu regelnde einzelvertragliche Versorgung.<sup>3</sup> Ein solches alternatives Versorgungssystem kann nicht mit einem Versorgungsangebot begründet werden, das im Wesentlichen in der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1 Satz 2 SGB V verbleibt.

Dass der Gesetzgeber mit der HZV ein neues Vollversorgungssystem schaffen wollte, ergibt sich eindeutig aus § 73b SGB V selbst. Nach § 73b Abs. 4 Satz 6 SGB V ist der Sicherstellungsauftrag der KV nach § 75 Abs. 1 SGB V eingeschränkt, soweit die HZV durch Verträge nach § 73b Abs. 4 SGB V durchgeführt wird. Die Beschränkung des Sicherstellungsauftrages der KV und der Übergang der Sicherstellung auf die Krankenkassen macht nur bei einem Vollversorgungsvertrag Sinn, nicht aber bei sog. Add-on-Verträgen, die die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung durch die KV nicht berühren.

Die Befugnis der Vertragspartner, in den Einzelverträgen Abweichendes von den Vorschriften des 4. Kapitels des SGB V sowie den in diesen Vorschriften getroffenen Regelungen zu vereinbaren (§ 73b Abs. 5 Satz 4 SGB V), spricht ebenfalls dafür, dass das Gesetz von Vollversorgungsverträgen ausgeht. Nur bei diesen sind Vereinbarungen vorstellbar, die abweichend von der vertragsärztlichen Versorgung Leistungen und Leistungsinhalte festlegen. Schließlich zeigt sich die Absicht des Gesetzgebers zum Ersatz der hausärztlichen Versor-

<sup>2</sup> Gesetzentwurf zum GKV-WSG, BT-Drucks. 16/3100, S. 87.

<sup>3</sup> Orłowski ZMGR 2009, 124, 125.

gung durch die HZV auch in der Regelung über die Bereinigung der Gesamtvergütung (§ 73b Abs. 7 Satz 2 ff. SGB V). Bei Add-on-Verträgen, die nicht an Stelle der hausärztlichen Versorgung innerhalb des Kollektivvertragssystems treten, sondern lediglich zusätzliche Leistungen auf die hausärztliche Versorgung innerhalb dieses Systems aufsetzen, hätte es solcher Bereinigungsvorschriften nicht bedurft.

Im Ergebnis ist daher bei der Entscheidung über einen HZV-Vertrag zwischen der AOK Bremen/Bremerhaven, dem Hausärzteverband Bremen und der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft von einem Vollversorgungsvertrag auszugehen.

## **b. Rechtsnatur der Entscheidung der Schiedsperson<sup>4</sup>**

Die gesetzliche Regelung lässt nach ihrem Wortlaut die Rechtsnatur der Schiedsperson und ihrer Entscheidungen offen. Im Hinblick auf vergleichbare Regelungen im SGB V, wichtige Unterschiede zu der Schiedsamtslösung im SGB V und die Intentionen des Gesetzgebers wird in der Entscheidung davon ausgegangen, dass es sich bei der Entscheidung der Schiedsperson um die Ausübung eines Gestaltungsrechts im Rahmen eines billigen Ermessens handelt. Die Schiedsperson wird danach bei der Inhaltsbestimmung des Vertrages für die Vertragsparteien als »Vertragshelfer« tätig. Der Inhaltsbestimmung kommt damit keine Verwaltungsaktqualität zu; der Schiedsspruch ist nur im Rechtsstreit zwischen den Vertragsparteien überprüfbar.

Diese Auslegung des § 73b SGB V ergibt sich im Einzelnen aus folgenden Erwägungen: Die Schiedsperson erfüllt nicht die Voraussetzungen einer Behörde im verwaltungsverfahrensrechtlichen Sinne (vgl. § 1 Abs. 2 SGB X, § 1 Abs. 4 VwVfG). Sie ist keine Einrichtung, die vom Wechsel der in ihnen tätigen Personen unabhängig und mit hinreichender organisatorischer Selbstständigkeit ausgestattet ist und der Aufgaben der öffentlichen Verwaltung sowie entsprechende Zuständigkeiten zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung, d.h. zum Handeln mit Außenwirkung in eigener Zuständigkeit und im eigenen Namen, übertragen sind.<sup>5</sup> Schiedspersonen werden jeweils für einen einzelnen Vertrag durch die Vertragspartner oder ersatzweise durch die Aufsichtsbehörde bestimmt. Hat sich die Aufgabe der Schiedsperson erfüllt, erledigt sich auch ihre Funktion. Behörden, wie z. B. Schiedsämtler gem. § 89 SGB V, sind hingegen auf Dauer angelegte Einrichtungen.

Eine Übertragung der für die Schiedsämtler nach § 89 SGB V geltenden Regelungen scheidet auch wegen der grundlegenden Unterschiede zwischen den Verfahren nach § 89 und § 73b SGB V aus. Im Gegensatz zur Regelung nach § 89 SGB V für das Schiedsamt handelt es sich bei der Regelung des § 73b Abs. 4 und 4a SGB V um ein fakultatives Schlichtungsverfahren. Dieses hängt davon ab, dass ein Antragsberechtigter (Beantragung durch Gemeinschaften von Ärzten) überhaupt einen Antrag auf Einleitung eines Schiedsverfahrens stellt. Dementsprechend nimmt das Gesetz konsequenterweise weder in § 73b SGB V noch in der Begründung des Gesetzes auf ein Schiedsverfahren durch ein Schiedsamt im herkömmlichen Sinne Bezug.

Dagegen enthält das SGB V Regelungen über Schiedspersonen, die dem Verfahren des § 73b SGB V entsprechen und auf dieses übertragen werden können. So bestimmt § 132a Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, dass für den Fall einer Nichteinigung der Vertragspartner eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine

<sup>4</sup> Die folgenden Ausführungen lehnen sich weitgehend an die Kommentierungen von Engelmann zu § 73b SGB V in Engelmann/ Schlegel/Voelzke, juris PraxisKommentar SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung (erscheint in Kürze), an.

<sup>5</sup> Vgl. dazu Kopp/Ramsauer VwVfG, 10. Aufl. 2008, § 1 Rn. 51, m.w.N.

Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Dieses Verfahren entspricht einer im Zivilrecht üblichen Schlichtung, wonach sich die Vertragsparteien auf die Leistungsbestimmung durch einen Dritten einigen (§ 317 BGB), allerdings mit der Modifikation, dass die Aufsichtsbehörde im Fall der Nichteinigung die Person festlegt. Eine vergleichbare Regelung enthalten auch § 39a Abs. 1 Sätze 7-9 SGB V für die Verträge zur Regelung der palliativ-medizinischen Behandlung und § 125 SGB V für Rahmenempfehlungen und Verträge über Heilmittel.

Ausgestaltung und Entstehungsgeschichte der Regelung zeigen, dass der Gesetzgeber bei der Schaffung des § 73b Abs. 4a SGB V an die Regelung des § 132a Abs. 2 SGB V angeknüpft hat. Das zeigt sich bereits darin, dass er in der Begründung der Neuregelung ebenso wie bei § 132a SGB V auf den Gesichtspunkt abgestellt hat, dass die Entscheidung der Schiedsperson nach »billigem Ermessen« zu ergehen hat. In der Begründung zu § 73b Abs. 4a SGB V heißt es, dass die Schiedsperson die Aufgabe habe, die fehlende Einigung der Parteien zum Beispiel über den Leistungsumfang und die Vergütung nach billigem Ermessen festzulegen.<sup>6</sup>

Allerdings findet sich bei § 73b Abs. 4a SGB V ein Unterschied zur Regelung des § 132a Abs. 2 SGB V. Nach § 73b Abs. 4a Satz 4 SGB V haben Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson und die Festlegung des Vertragsinhaltes keine aufschiebende Wirkung. Hierauf gründet sich die in der Literatur vertretene Auffassung, dass es sich bei der Entscheidung der Schiedsperson um einen Verwaltungsakt handle.<sup>7</sup> Diese Auffassung ist jedoch vor dem dargestellten Hintergrund der gesetzgeberischen Absicht nicht zwingend. Die Bestimmung des § 73b Abs. 4a Satz 4 SGB V ist ausweislich seiner Begründung eingefügt worden, um eine möglichst rasche Sicherstellung eines flächendeckenden Angebots der hausarztzentrierten Versorgung zu erreichen. Soweit sich die Vorschrift auf die Festsetzung des Vertragsinhaltes durch die Schiedsperson bezieht, kommt ihr auch ohne Vorliegen eines Verwaltungsaktes (Festsetzung des Schiedsspruchs durch Schiedsperson) eine eigenständige Bedeutung zu. Nach - dem entsprechend anwendbaren - § 315 Abs. 3 Satz 1 BGB ist die Bestimmung des Vertragsinhaltes nach billigem Ermessen für den anderen Teil nur verbindlich, wenn sie der Billigkeit tatsächlich entspricht. Eine unbillige Inhaltsbestimmung führt zu einer besonderen Art der Unwirksamkeit, die nur durch Klage oder Einrede geltend gemacht werden kann.<sup>8</sup> Bis zur Erhebung der Klage oder Einrede ist die Bestimmung aber verbindlich. Das bedeutet, dass im Rahmen des BGB nach Erhebung einer Klage bis zum Erlass des richterlichen (Gestaltungs-) Urteils oder der Klageabweisung die streitgegenständliche Bestimmung nicht beachtet werden muss. Insoweit kommt also auch der Klagerhebung nach § 315 BGB gleichsam aufschiebende Wirkung zu. Hier greift nunmehr die Regelung des § 73b Abs. 4a Satz 4 SGB V ein, die auch für den Fall der Vertragsfestsetzung (Inhaltsbestimmung) durch die Schiedsperson konsequenterweise bestimmt, dass eine aufschiebende Wirkung der Klage entfällt.

### c. Rechtliche Anforderungen an die Entscheidung<sup>9</sup>

Nach der Qualifizierung der Entscheidung der Schiedsperson als Ausübung eines übertragenen Gestaltungsrechts nach billigem Ermessen sind die rechtlichen Anforderungen an die Entscheidung zu klären. Spezifische Anforderungen sieht das Gesetz dazu nicht vor. Es bestimmt lediglich, dass die Schiedsperson den „Inhalt des Vertrages nach Absatz 4 festlegt“.

<sup>6</sup> Bericht des BT-Ausschusses für Gesundheit, BT-Drucks. 16/10 609, Zu Nr. 1 f, S. 69.

<sup>7</sup> Vgl. Ebsen Rechtliche Anforderungen an das Handeln der Schiedsperson für die Festlegung des Inhalts des Vertrages über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b Abs. 4a SGB V, Rechtsgutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, Juli 2009, S. 11.

<sup>8</sup> Vgl. Palandt/Grünberg, BGB, 67. Auflage 2008, § 315 Rn. 16.

<sup>9</sup> Die folgenden Ausführungen lehnen sich weitgehend – wenn auch nicht in allen Schlussfolgerungen, an Ebsen, aaO., S.21 ff. und 43 ff., an.

In Anlehnung an die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG ) aus dem Jahr 1963 zum Schiedsamt nach dem seinerzeitigen § 368h RVO<sup>10</sup> ist auch die Festlegung der Schiedsperson nach § 73b Abs.4 und 4a SGB V als „eine Form der Schlichtung, nicht der Rechtsfindung“ anzusehen. Da die Festlegung die fehlende Einigung der Parteien ersetzt, hat die Schiedsperson „die gleiche Gestaltungsfreiheit, wie sie für die Vertragsparteien bei der gütlichen Vereinbarung besteht“. Dass der Schiedsperson dieser Gestaltungsspielraum zukommt, wird auch in der Begründung des Bundestagsausschusses für Gesundheit zum § 73b Abs. 4a SGB V deutlich, wenn er formuliert, die Schiedsperson habe nach billigem Ermessen z.B. die Leistungsbeschreibung und die Vergütung festzulegen.“<sup>11</sup>

Dementsprechend ist die Festlegung der Schiedsperson an grundlegende verfahrensrechtliche Anforderungen und in inhaltlicher Sicht an zwingende rechtliche Vorgaben gebunden. Die Schiedsperson hat den Sachverhalt in einem fairen Verfahren unter Wahrung des rechtlichen Gehörs zu ermitteln, den bestehenden Beurteilungsspielraum und den Rahmen des billigen Ermessens einzuhalten, zwingendes Gesetzesrecht zu beachten sowie in ihrer Entscheidung die Gründe für das Entscheidungsergebnis ausreichend darzustellen.

Zu den rechtlichen Vorgaben für die Entscheidung der Schiedsperson gehören vor allem die inhaltlichen gesetzlichen Vorgaben für die HZV. Die Schiedsperson ist in gleicher Weise an die Vorschriften gebunden wie die Vertragsparteien. Das betrifft zunächst die spezifischen gesetzlichen Vorgaben für die HZV, wie nach § 73b Abs. 2 SGB V. Verträge über HZV dürfen keine Abweichung von den Anforderungen des § 73b Abs. 2 SGB V vorsehen und müssen darüber hinaus die Einhaltung dieser Anforderungen „sicherstellen“ (siehe § 73b Abs. 2 erster Satzteil SGB V).

Allerdings bestehen auch hinsichtlich der Umsetzung und Sicherstellung der spezifischen gesetzlichen Anforderungen an HZV -Verträge Gestaltungs- und Beurteilungsspielräume. Diese Spielräume können auch über die Anforderungen des § 73b Abs. 2 SGB V hinausgehen (die dort genannten Erfordernisse sind lediglich „insbesondere“ sicherzustellen) und zu weiteren Anforderungen führen, etwa in Form von bestimmten Ausstattungsbedingungen oder Verfahren oder Maßnahmen, durch welche Einsparungen und Effizienzsteigerungen im Sinne von § 73b Abs. 8 SGB V realisiert werden sollen. Dasselbe gilt für die Ausnutzung der inhaltlichen Spielräume, welche durch die weitgehende Befreiung von den Vorschriften des Vierten Kapitels und der darauf basierenden untergesetzlichen Regelungen (§ 73b Abs. 5 S. 4 SGB V) bestehen.

Dagegen ist auch im Verfahren der Schiedsperson nach § 73b Abs.4 und 4a SGB V von der Bindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) auszugehen. Die Abweichungsermächtigung des § 73b Abs. 5 S. 4 SGB V und das Fehlen einer Erwähnung des Grundsatzes der Beitragsstabilität bei den dennoch zu beachtenden Vorgaben lassen nicht den Schluss zu, dass dieser Grundsatz für die HZV nicht gilt. Das Gesetz selbst gibt Anhaltspunkte für das Gegenteil. Der deutlichste ist § 140b Abs. 4 S. 2 SGB V. Nach dieser Bestimmung gilt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 SGB V nicht für Verträge über integrierte Versorgung, welche bis zum 31.12.2008 geschlossen worden waren. Für die integrierte Versorgung kann bei dieser Gesetzeslage nach Wortlaut und Entstehungsgeschichte kein ernsthafter Zweifel bestehen, dass für Verträge, welche nach dem 31.12.2008 geschlossen wurden oder werden, der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wieder gilt. Das Gesetz geht ersichtlich davon aus, dass diese Geltung lediglich für eine Startphase durch § 140b Abs. 4 S. 2 SGB V „ausgesetzt“ wurde, wie die amtliche Begründung unmissverständlich formuliert Für die beiden anderen Hauptformen des Vertragswettbewerbs für ärztliche Behandlung, die HZV und die besondere ambulante ärztliche Behandlung, gibt es keine dem § 140b Abs. 4 S. 2 SGB V entsprechende Norm. Nach Sinn und Zweck der

<sup>10</sup> BSGE 20, 73.

<sup>11</sup> BT-Drs. 16/10609, S. 67.

vertragswettbewerblichen Versorgung ist kein Grund ersichtlich, warum, abgesehen von der Startphase der integrierten Versorgung, die drei Formen vertragswettbewerblicher ärztlicher Versorgung im Hinblick auf das Prinzip der Beitragssatzstabilität unterschiedlich behandelt werden sollten. Gerade auch für die hausarztzentrierte Versorgung in ihrer Ausgestaltung als vertragswettbewerbliches System geht es nicht einfach um eine Qualitätsverbesserung um den Preis höherer Kosten, sondern auch um die Nutzung des Wettbewerbs zur Steigerung der Effizienz und zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven.<sup>12</sup>

Konkret bedeutet dieser Grundsatz, dass in den Verträgen über HZV vereinbarte Vergütungen keine Auswirkungen auf die Beitragshöhe haben dürfen. Der Schiedsspruch muss sicherstellen, dass abgesehen von der in § 71 Abs. 1 SGB V selbst vorgesehenen Ausnahme aus dem HZV-Vertrag keine Vergütungen geleistet werden, die ohne Zusatzbeiträge nicht zu decken sind oder die dazu führen, dass Prämien im Sinne von § 242 Abs. 2 SGB V entfallen müssen. Praktisch erfordert der Grundsatz der Beitragssatzstabilität bezogen auf die in HZV-Verträgen vereinbarten Vergütungen dasselbe, was § 73b Abs. 8 SGB V für die Aufwendungen verlangt, welche aus Leistungen erwachsen, die über die hausärztliche Versorgung hinausgehen, nämlich Kostenneutralität gegenüber der Versorgung ohne HZV in dem Sinne, dass sich erhöhte Aufwendungen für die HZV aus spezifischen Einsparungen oder Einnahmen finanzieren.

Angesichts des erkennbaren gesetzgeberischen Ziels, die HZV zwar für die Versicherten freiwillig, aber doch flächendeckend anzubieten, müssen die Anforderungen des § 73b Abs. 2 SGB V zur notwendigen medizinischen Versorgung gerechnet werden, wenn es um den HZV-Vertrag geht. Folglich steht der Grundsatz der Beitragssatzstabilität solchen Vergütungssteigerungen nicht entgegen, die für die Erfüllung dieser Anforderungen unverzichtbar sind, auch wenn diese nicht durch Einsparungen oder Effizienzverbesserungen kompensiert werden können.

Nach § 73b Abs. 8 SGB V „können“ die Vertragsparteien erhöhte, nicht aus der Bereinigung der Gesamtvergütung (§ 73b Abs. 7 SGB V) zu finanzierende Aufwendungen für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 SGB V hinausgehen, aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanzieren, die aus Maßnahmen der Verträge über HZV erzielt werden. § 73b Abs. 8 SGB V ist zwingend dahingehend zu verstehen, dass erhöhte Aufwendungen wegen über die hausärztliche Versorgung nach § 73 SGB V hinausgehender Leistungen zwar vereinbart werden „können“, dass dies aber nur zulässig ist, wenn sich diese aus Effizienzsteigerungen und aus Einsparungen finanzieren lassen, welche aus „Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4“ erzielt werden. Mit der Bezugnahme der Vorschrift auf „Maßnahmen aus Verträgen“ wird klargestellt, dass nicht irgendwelche unspezifischen Hoffnungen der Vertragsparteien auf eine derartige Finanzierungsquelle ausreichen, sondern dass es sich um konkrete vertraglich vereinbarte Verfahren handeln muss, welche zu Einsparungen und Effizienzsteigerungen führen. Auch aus der amtlichen Begründung ist ersichtlich, dass die Ressourcen für erhöhte Vergütungen tatsächlich vorhanden sein müssen.<sup>13</sup>

### **3. Zum Inhalt der Entscheidung**

Trotz umfangreicher Erörterungen und Beratungen unter Leitung und Moderation der Schiedsperson haben sich die Beteiligten nicht auf einen einvernehmlichen HZV-Vertrag verständigen können. Der grundsätzliche Dissens betraf durchgehend die Frage des abzuschließenden Vertrages nach § 73b Abs.4 SGB V. Während die AOK Bremen/Bremerhaven sich für einen add-on-Vertrag aussprach, setzten sich der Hausärzteverband Bremen und die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft für einen Vollversorgungsvertrag auf der Grundlage des HZV-Mustervertrages des Deutschen Hausärzteverbandes ein. Unabhängig davon führten

<sup>12</sup> Vgl. Begründung zum GKV-WSG BT-Drs. 16/3100, S. 87, 112.

<sup>13</sup> BT-Drs. 16/4247, S. 36.

die Erörterungen und Beratungen auf der Grundlage des vom Hausärzterverband Bremen vorgelegten Vertragsangebotes zu zahlreichen Übereinstimmungen in der Sache, die dann auch Eingang in die Entscheidung gefunden haben.

Nachfolgend sind die verbleibenden wesentlichen Dissense und die entsprechende Entscheidungsbegründung aufgeführt:

#### a. Grundsätzliche Orientierung der hausarztzentrierten Versorgung

Unabhängig von dem Dissens zwischen den Beteiligten zur Frage Vollversorgung oder add-on gab es auch in der grundsätzlichen Orientierung für die konkrete Ausgestaltung des HZV-Vertrages keine Übereinstimmung zwischen der AOK Bremen/Bremerhaven auf der einen und dem Hausärzterverband Bremen und der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft auf der anderen Seite. Die Entscheidung folgt insoweit wesentlichen Informationen und Aussagen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus seinem Sondergutachten 2009 „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens- Kurzfassung“:<sup>14</sup>

##### – **Evidenzreport mit internationalen und interregionalen Vergleichen von Gesundheitssystemen:**<sup>15</sup>

Zur Untersuchung des Beitrags einer hausarztorientierten Versorgung zur Gesundheit der Bevölkerung hat der Rat einen Evidenzreport in Auftrag gegeben. Aus den internationalen und interregionalen Vergleichen von Gesundheitssystemen zieht der Rat den Schluss, dass Länder mit einer starken Orientierung an den Merkmalen einer hausarztorientierten Versorgung hinsichtlich verschiedener Indikatoren des Gesundheitszustands der Bevölkerung im Vorteil sind. In den 22 internationalen Übersichtsarbeiten, die insgesamt mehr als 1 000 Studien zusammenfassen, finden sich Belege für die Bedeutung aller Kernelemente bzw. o.g. Leistungskriterien allgemeinmedizinischer Versorgung:

**Zugang:** Es finden sich Untersuchungen, die belegen, dass eine hausarztorientierte Versorgung Zugangsbarrieren (einschließlich Wartezeiten) verringern kann. Es liegt weiterhin Evidenz vor, dass eine hausarztorientierte Versorgung mit geringen Zugangsbeschränkungen mit einer Verbesserung von Gesundheitsindikatoren sowie mit einer verminderten Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und einer niedrigeren Hospitalisierungsrate einhergehen. Ein vereinfachter Zugang zum Gesundheitssystem scheint auch mit einer höheren Zufriedenheit assoziiert zu sein.

**Kontinuität:** Für positive Effekte einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung gab es in zahlreichen Studien Belege. Eine hohe Kontinuität in der Versorgung zeigte sich mit besseren gesundheitlichen Outcomes, höherer Patientenzufriedenheit, niedrigeren Hospitalisierungsraten, verringerter Inanspruchnahme von Notfallambulanzen, weniger Laboruntersuchungen, häufigerer Nutzung von präventiven Maßnahmen, besserer Compliance sowie geringeren Kosten assoziiert.

**Arzt-Patienten-Beziehung:** Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung, die sich aus Sicht der Patienten auch durch längere Konsultationszeiten auszeichnet, steht im Zusammenhang mit einer schnelleren Genesung und Verbesserung des Gesundheitszustandes bei niedrigeren Gesundheitsausgaben durch Verringerung medizinischer Tests und seltener Überweisungen. Ärzte mit durchschnittlich längeren Konsultationszeiten verschreiben weniger Medikamente und geben eher Empfehlungen zu Lebensstil und präventiven Maßnahmen. Nicht zuletzt durch die längerfristige Bindung zwischen Hausarzt und Patienten wird im Rahmen einer hausarztorientierten Versorgung die Etablierung einer „gesundheitsfördernden“ Arzt-Patienten-Beziehung unterstützt.

**Koordinierung:** Verschiedene Veröffentlichungen zeigen einen positiven Effekt einer durch primary care teams koordinierten Versorgung auf ambulanter Ebene, insbe-

<sup>14</sup> <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/Kurzfassung09.pdf>.

<sup>15</sup> S.98-100 der Kurzfassung.

sondere für Parameter der Prozessqualität, wie z. B. Angemessenheit, Kommunikation und Informationsfluss zwischen Leistungserbringern oder Zugang.

**Qualität:** Eine generelle Überlegenheit der Allgemeinmediziner gegenüber Spezialisten oder vice versa in der Patientenversorgung konnte nicht festgestellt werden. Die Studienergebnisse zeigen folgende Tendenz: Allgemeinmedizinische Versorgung ist besonders bei chronischen Erkrankungen vorteilhaft, ein Versorgungsvorteil durch Spezialisten scheint bei seltenen Erkrankungen und bei einigen Akuterkrankungen zu bestehen.

**Kosteneffektivität:** Es wurde gezeigt, dass sich durch eine hausarztorientierte Versorgung Gesundheitsausgaben reduzieren lassen. Andererseits besteht Evidenz, dass bei komplizierten Verläufen bestimmter Erkrankungen (z. B. Asthma) die Versorgung durch Experten nicht nur mit besseren klinischen Outcomes einhergehen kann, sondern auch mit niedrigeren Gesundheitsausgaben.

- **Effekte des Gatekeeping durch Hausärzte:**<sup>16</sup>

Unter dem Konzept Gatekeeping wird verstanden, dass jede Behandlungsepisode mit einem Besuch bei einem Primär- bzw. Hausarzt beginnt. Zur Untersuchung der Effekte eines wiederholt von unterschiedlichen Seiten (z. B. Gesundheitsministerkonferenz, GMK; Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV) vorgeschlagenen sowie in anderen Ländern (z. B. Großbritannien, Niederlande, Dänemark) bzw. Versorgungssystemen (diverse HMOs, Managed Care-Organisationen) bereits etablierten Gatekeepings durch Hausärzte, hat der Rat einen eigenen systematischen Review auf der Basis vorhandener Originalarbeiten in Auftrag gegeben. Es wurden 29 Publikationen mit Ergebnissen aus 24 Studien eingeschlossen. Betrachtet man die **zusammenfassende Einschätzung des Effekts von Gatekeeping**, die die Autoren der jeweiligen Studien in ihren Schlussfolgerungen berichteten, zeigten 13 von 24 Studien einen positiven Effekt, neun berichteten keine Unterschiede und zwei kamen zu Schlussfolgerungen zuungunsten von Gatekeeping.

Die Ergebnisse sind insgesamt unter den Vorbehalt einer zum Teil schwachen Evidenzgrundlage zu stellen. Die vorliegende Evidenz gibt Hinweise, dass Gatekeeping bei Erwachsenen und Kindern die **Inanspruchnahme** der ambulanten fachspezialisierten Versorgung sowie die **Gesamtgesundheitsausgaben** pro Kopf und die Ausgaben für die ambulante spezialisierte Versorgung senkt. Die Hinweise auf eine reduzierte Inanspruchnahme verstärken sich, wenn Gatekeeping mit finanziellen **Steuerungskomponenten** für Primärärzte und/oder Patienten und einer **Registrierungspflicht** bei einem individuellen Hausarzt kombiniert wird. Die Größenordnung der Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter spezialisierter Leistungen ist klein. Die Anzahl der Kontakte je Person nimmt auf diese Weise um 0,3 bis 1 Kontakte pro Jahr ab. Die Einsparpotenziale unterliegen einer großen Streuung (5 % - 65 % der Gesamtgesundheitsausgaben).

Deutliche Hinweise erbringt der Review jedoch dahingehend, dass eine primärarztgesteuerte bzw. -koordinierte Überweisungspraxis an spezialisierte Gebietsärzte sich als nützlich erweist. Der Rat ist in diesem öffentlich umstrittenen Punkt daher der Meinung, dass ein striktes Gatekeeping nicht sinnvoll ist, grundsätzlich aber **Versorgungsmodelle mit einer zielgerichteten und koordinierten Überweisung** zum Fachspezialisten gefördert werden sollten.

- **Empfehlungen zu hausärztlichen Versorgungsprozessen:**<sup>17</sup>

Auf der Ebene des Gesundheitssystems bzw. der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen hausärztlicher Versorgungsprozesse werden wichtige Veränderungen empfohlen, die u. a. Kooperationen unterschiedlicher Leistungserbringer und die Integration von Versorgungsprozessen sowie insbesondere ein hierzu kompatibles

<sup>16</sup> S.142-143 der Kurzfassung.

<sup>17</sup> S.153-154 und 168-169 der Kurzfassung.

Vergütungssystem betreffen. Als wichtige Rahmenbedingung wird in den dargestellten Modellen mehr oder weniger übereinstimmend eine **stärkere Patientenbindung** an die Hausarztpraxis im Sinne eines Einschreibesystems empfohlen. Weitgehende Übereinstimmung gibt es auch über die Grundzüge eines **adäquaten Vergütungssystems** für die Primärversorgung, das von der Erbringung einzelner Leistungen und persönlichen Inanspruchnahme möglichst abgekoppelt sein sollte (u. a. um Mengen- bzw. „Hamsterradeffekte“ zu vermeiden). Grundmerkmale des Vergütungssystems sollten demnach sein:

- Zahlung einer Capitation je eingeschriebenem Patienten als Basis,
- ein Teil dieser Vergütung abhängig von der nachgewiesenen Versorgungsqualität,
- spezifische Einzelleistungen (auch des nichtärztlichen Personals) werden gesondert vergütet, wenn ein besonderes Interesse an ihrer Erbringung besteht (z. B. Prävention, Hausbesuche),
- die Vergütung sollte weitgehend kontaktunabhängig gezahlt werden, um keine Anreize in Richtung der (in Deutschland ohnehin überhöhten) persönlichen Kontakttrate zu setzen.

In **regionalen Modellen** sollten insbesondere kontaktunabhängige und risikoadjustierte Pauschalen (Capitation) zur langfristigen Abdeckung einer umfassenden Grundversorgung mit einigen gezielten Anreizen (*pay for performance*, z. B. für die Durchführung präventiver Maßnahmen/Erreichung bestimmter Impfquoten) erprobt werden. Dadurch könnten die potenziellen Nachteile dieser Finanzierungsform (mangelnde ökonomische Anreize für eine vollständige und sorgfältige Versorgung von Patienten, die aus medizinischen oder sozialen Gründen einen besonderen Aufwand erfordern) zum Teil neutralisiert werden. Außerdem würden durch dieses Finanzierungsmodell starke Anreize (und neue Möglichkeiten) zur Überwindung der Sektorengrenzen und zur umfassenden Kooperation von Fachdisziplinen und Berufsgruppen geschaffen.

Die **Vergütung** innerhalb der Modelle muss der Neukonzeption der Versorgung Rechnung tragen und diese unterstützen. Derzeit bestehende adverse Anreize (z. B. zur medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung) müssen vermieden werden. Folgende **Vorschläge** sollten dabei in Erwägung gezogen werden:

- Die Vergütung sollte den Wert der Koordinationsarbeit auch außerhalb des unmittelbaren Arzt-Patient-Kontaktes und auch durch nichtärztliche Mitglieder des Versorgungs- bzw. Praxisteam berücksichtigen.
- Auch die praxisübergreifende Koordination und Kooperation sollte gezielt unterstützt werden.
- Die Einführung, Nutzung und Weiterentwicklung von IT-Lösungen zur Verbesserung der Versorgung sollte gefördert werden.
- Die Vergütung sollte Investitionen in eine verbesserte Erreichbarkeit (z. B. auch Leistungen via Telefon oder E-Mail) unterstützen.
- Auch Telemetrie bzw. Fernüberwachung (Monitoring) klinischer Daten sollte gezielt gefördert werden.
- Die Vergütung sollte risikoadjustiert ausgestaltet werden und Case mix-Unterschiede in einer versorgten Population berücksichtigen.
- Das Vergütungssystem sollte ambulanten Praxen die Möglichkeit geben, z. B. durch vermiedene Klinikeinweisungen Einsparungen zu erzielen, die der Praxis zur Verfügung stehen.
- Das Vergütungssystem sollte gezielte Boni zur zusätzlichen Honorierung erwünschter, messbarer Qualitätsverbesserungen ermöglichen.

**Zusammenfassend** werden der Entscheidung bei der Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung auf der Grundlage der Empfehlungen des Sachverständigenrates folgende Orientierungspunkte zugrunde gelegt:

1. Eine längerfristige Bindung zwischen Hausarzt und Patienten durch ein Einschreibesystem und eine primärarztgesteuerte bzw. -koordinierte Überweisungspraxis an

spezialisierte Gebietsärzte sind geeignet, die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung zu verbessern.

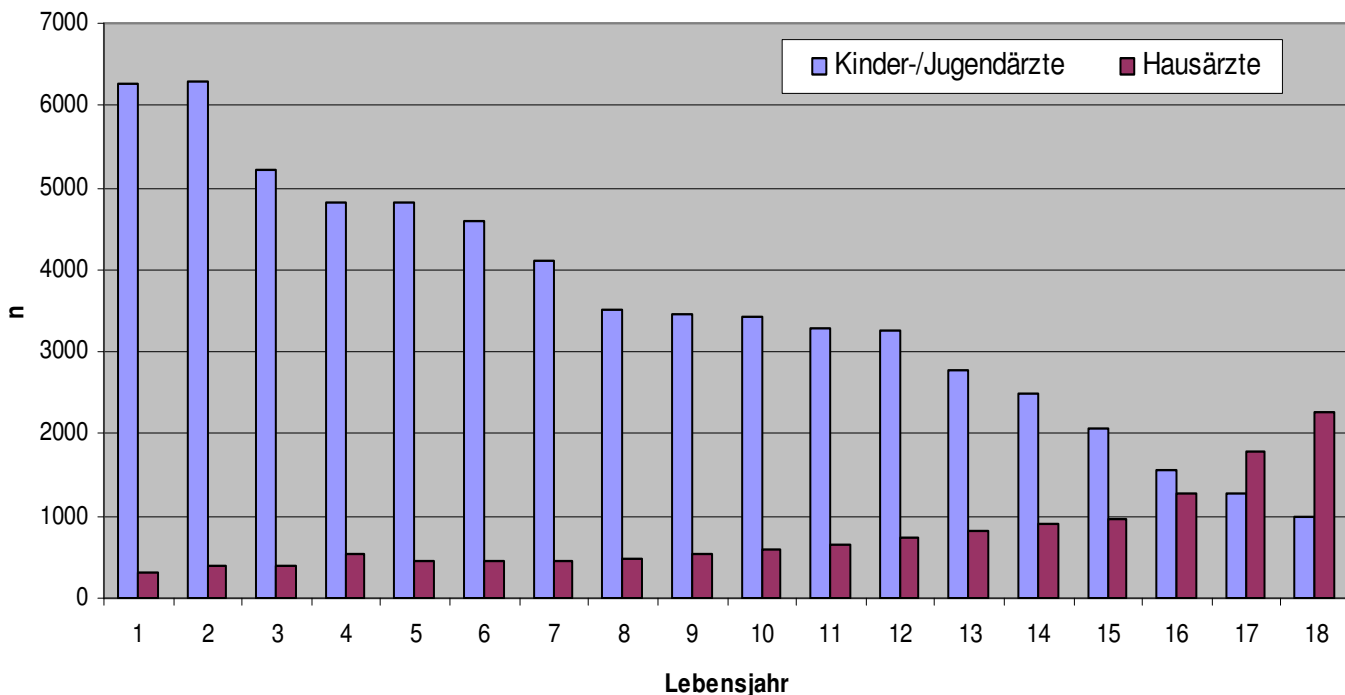
2. Ein adäquates Vergütungssystem für die hausarztzentrierte Versorgung sollte nicht nur von der Erbringung einzelner Leistungen und persönlichen Inanspruchnahme abhängig sein, um Mengen- bzw. „Hamsterradeffekte“ zu vermeiden.
3. Spezifische Einzelleistungen (auch des nichtärztlichen Personals) sollten im Rahmen einer hausarztzentrierten Versorgung gesondert vergütet werden, wenn ein besonderes Interesse an ihrer Erbringung besteht (z. B. Prävention, Hausbesuche).

## b. Wesentliche Einzelfragen

### - Teilnahmeberechtigte Hausärzte

Die Entscheidung beschränkt die HZV-Teilnahmeberechtigung der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte auf die Arztgruppen des § 73b Abs.1a Nummern 1,3,4 und 5 SGB V. Der Ausschluss der Kinderärzte i.S. des § 73b Abs.1a Nr.2 SGB V und in engem Zusammenhang damit die Einbeziehung nur volljähriger Versicherter in die HZV-Versorgung wird wie folgt begründet:

Die ärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Land Bremen wird ganz überwiegend von Kinder- und Jugendärzten sichergestellt. Zur ärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen hat die KV Bremen auf Initiative des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Bremen die Abrechnungsdatensätze einzelner Quartale für bestimmte Altersgruppen und Fragestellungen analysiert. Für das 2. Quartal 2009 ergibt sich danach folgende Versorgungssituation:



Aus der Analyse ergibt sich, dass Kinder und Jugendliche bis zum 16. Geburtstag in ihrer großen Mehrheit in Bremen durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ärztlich versorgt werden. Selbst 16jährige und 17jährige Jugendliche suchen in nennenswertem Umfang noch den Kinder- und Jugendarzt auf. Im Hinblick darauf ist es sachgerecht, zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen einen spezifischen Vertrag mit Kinder- und Jugendärzten abzuschließen. Ein derartiger Vertrag wird auch eher in der Lage sein, spezifische Anforderungen an die hausärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu regeln, als ein allgemei-

ner, hier in Rede stehender Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung. Das SGB V sieht dementsprechend in § 73b Abs.4 Satz 3 den Abschluss spezifischer Verträge für Kinder und Jugendliche vor.

Ein spezifischer Vertrag für Kinder und Jugendliche ist auch deshalb notwendig, weil Erfahrungen mit HZV-Verträgen in anderen Regionen zeigen, dass ein allgemeiner HZV-Vertrag von Kinder- und Jugendärzten nur in beschränktem Umfang in Anspruch genommen wird. So ist nach Angaben des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte von Baden-Württemberg (Stand: 4.Quartal 2009) die Einschreibung von Kinder- und Jugendärzten und von Patienten unter 18 Jahren in den HZV-Vertrag zwischen der dortigen AOK und HÄV/Medi wie folgt: Nur 18 von insgesamt knapp 800 niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten haben sich in den HZV-Vertrag eingeschrieben. Insgesamt sind 44.000 Patienten unter 18 Jahren (7% der insgesamt 632 Tsd. eingeschriebenen Patienten) in den Vertrag eingeschrieben worden, davon etwa 5.000 von den teilnehmenden Kinder- und Jugendärzten. Die Einschreibequote von Kindern und Jugendlichen nimmt mit zunehmendem Lebensalter zu.

#### - **Teilnahme der Versicherten**

Die gleiche Begründung wie für den Ausschluss der Kinder- und Jugendärzte aus diesem Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung ist bei der Entscheidung für die Beschränkung auf volljährige Versicherte maßgebend. Es wird die Aufgabe des nach § 73b Abs.4 Satz 3 SGB V zu verhandelnden Vertrages sein, spezifische Anforderungen an die hausärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu vereinbaren.

Ergänzend ist für die Entscheidung auch der Gesichtspunkt von Bedeutung, dass die Beschränkung auf volljährige Versicherte im Rahmen der allgemeinen hausarztzentrierten Versorgung mögliche finanzielle Risiken für Leistungsausgaben nach dem neuen Vergütungssystem, denen keine gleichwertigen Finanzierungen aus der gesetzlich vorgesehenen Bereinigung gegenübersteht, begrenzt.

#### - **Umfassende Prüfpflichten**

Die Entscheidung geht von umfassenden Prüfpflichten des Hausärzterverbandes aus. Zunächst wird der Hausärzterverband Bremen gegenüber der AOK Bremen/Bremerhaven verpflichtet, insbesondere die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen, die fehlerfreie Abrechnung sowie die Einhaltung anderer wesentlicher Vertragspflichten und der ärztlichen Berufsordnung durch den Hausarzt regelmäßig zu überwachen und bei Verstößen Konsequenzen in Form einer fristlosen Kündigung zu ziehen (§ 5 Abs.3). Nach § 7 Abs.1 Buchst. c und d des Vertrages gehören die Prüfung und Dokumentation der Teilnahmevoraussetzungen anhand der belegten Angaben in der Teilnahmeerklärung sowie die regelmäßige Überprüfung des Fortbestehens der Teilnahmevoraussetzungen des Hausarztes und die regelmäßige Überprüfung der Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen sowie der Serviceangebote zu den Aufgaben des Hausärzterverbandes. Zusätzlich werden Pflichten im Rahmen der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung über die §§ 106 und 106a SGB V in den HZV-Vertrag aufgenommen. In § 20 werden für die AOK Bremen/Bremerhaven und den Hausärzterverband die in **Anlage 9** aufgeführten Maßnahmen zur Prüfung der Qualitätssicherung in der HZV festgelegt.

#### - **Mahnung bei Praxisgebühr**

Soweit der HAUSARZT seinen Verpflichtungen gemäß § 43 b SGB V in Verbindung mit dem § 18 Abs. 1 bis 4 BMV-Ä in der jeweils geltenden Fassung genügt hat und dies nicht zur erfolgreichen Einziehung der Praxisgebühr vom HZV-Versicherten geführt hat, obliegt der AOK Bremen/Bremerhaven nach § 13 Abs.3 der weitere Zahlungseinzug der Praxisgebühr bei den HZV-Versicherten. Diese Regelung entspricht weitgehend der auch in der Regelversor-

gung bestehenden Rechtslage und wurde deshalb in der hausarztzentrierten Versorgung übernommen.

- **Einsetzung eines Beirats**

An der Einsetzung eines Beirats nach § 15 wird in der Entscheidung festgehalten. Es ist gerade in den ersten Jahren der hausarztzentrierten Versorgung notwendig und vernünftig, zwischen den HZV-Partnern über ein solches Gremium einen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch und notwendige Abstimmungen über den Vollzug der hausarztzentrierten Versorgung zu ermöglichen. Das Verfahren für den Beirat wird so einfach wie möglich unter Verzicht auf notwendige Geschäftsordnungen und einen allzu dichten Sitzungsrhythmus geregelt.

- **Evaluierung des HZV-Vertrages**

Die Entscheidung sieht vor, dass die HZV-Partner bis zum 30. Juni 2014 die bis zum 31.12.2013 eingetretenen Wirkungen und Effekte der Ziele und Indikatoren dieses HZV-Vertrages auf die gesundheitliche Versorgung der HZV-Versicherten und die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch einen frühzeitig eingeschalteten unabhängigen Dritten evaluieren lassen; einigen sich die HZV-Partner nicht auf einen unabhängigen Dritten oder die Kostentragung, so entscheidet eine Schiedsperson nach Maßgabe der Anlage 7. Mit dieser Evaluierungspflicht soll eine fundierte Entscheidungsgrundlage für eine Fortsetzung, Änderung oder die erstmalig mögliche ordentliche Kündigung der HZV-Versorgung für volljährige Versicherte der AOK Bremen/Bremerhaven geschaffen werden.

- **Vertragslaufzeit und Kündigung**

Die Entscheidung legt fest, dass der HZV-Vertrag unbefristet abgeschlossen wird, aber zum 31.12.2014 erstmalig ordentlich gekündigt werden kann. Mit dieser Regelung soll berücksichtigt werden, dass es zwischen den Vertragspartnern über die Effekte und Wirkungen des HZV-Vertrages sehr unterschiedliche Einschätzungen gibt und auch in Deutschland allgemein anerkannte Erfahrungen bisher nicht vorliegen. Da der Gesetzgeber in § 73b SGB V aber deutlich zum Ausdruck gebracht hat, dass eine hausarztzentrierte Versorgung im Rahmen eines Vollversorgungsvertrages politisch gewollt ist, soll auch für AOK-Versicherte im Land Bremen ein entsprechender Selektivvertrag zur Anwendung kommen. Die Regelung gibt den Vertragspartnern die Möglichkeit, den HZV-Vertrag für 2015 und die Folgejahre auf der Grundlage der bis dahin gesammelten Erfahrungen und der dann für Bremen vorliegenden Evaluierung fortzusetzen, zu verändern oder ordentlich zu kündigen.

Für die Vertragslaufzeit besteht für die Vertragspartner die Möglichkeit der außerordentlichen Kündigung. Dieses Recht soll insbesondere bei Verstößen gegen wesentliche Vertragspflichten durch einen Beteiligten, bei Veränderung von rechtlichen Grundlagen und bei Änderung sonstiger für das Vertragsverhältnis wesentlicher Umstände, sofern dieser Änderung nicht nach den allgemeinen Grundsätzen von Treu und Glauben Rechnung getragen wird, bestehen.

- **Schiedsklausel**

Eine allgemeine Schiedsklausel für alle Streitigkeiten, die sich aus oder im Zusammenhang mit dem HZV-Vertrag oder über seine Gültigkeit ergeben, sieht die Entscheidung nicht vor. Es wird erwartet, dass die HZV-Partner solche Fragen mit dem Ziel einvernehmlicher Antworten partnerschaftlich in dem vorgesehenen Beirat klären. Lediglich in fünf Fällen enthält der Vertrag eine Regelung mit Schiedsperson:

- Bei der Konkretisierung von Pflichten aus der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung,

- bei der Festlegung des Aufwendersersatzes im Fall der Übernahme des Notdienstes durch den Hausärzteverband,
- bei der Bestimmung des unabhängigen Dritten und der Kostentragung zur Evaluierung des HZV-Vertrages,
- bei der Entwicklung des Datenschutzkonzepts und
- bei der Regelung weiterer Maßnahmen bei Überschreiten einer bestimmten Fehlzeitenquote.

In diesen Fällen ist eine Entscheidung durch eine Schiedsperson schon wegen bestehender Termine und Fristen oder wegen der Bedeutung des zu entscheidenden Sachverhalts angezeigt.

### - Vergütung und Abrechnung - Anlage 3

Die Veränderungen der Vergütungspositionen der Anlage 3 gegenüber dem Vertragsangebot des Hausärzteverbandes dienen der Umsetzung von zwei Zielen, einmal der Umsetzung wesentlicher Strukturelemente in der hausarztzentrierten Versorgung, und zum anderen der Annäherung der in den erörterungen einvernehmlich kalkulierten Leistungsausgaben nach dem HZV-Vertrag an den ebenfalls einvernehmlich kalkulierten, zu erwartenden Bereinigungsbetrag. Mit den Veränderungen soll eine hausarztzentrierte Versorgung für volljährige Versicherte der AOK Bremen/Bremerhaven im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und der finanziellen Grenzen ermöglicht werden.

Im Einzelnen sind folgende Änderungen hervorzuheben:

- Die kontaktunabhängige Grundpauschale wird auf 60 EUR festgelegt. Im Hinblick auf diese Pauschale werden keine weiteren Zuschläge für Qualifikationen für kleine Chirurgie und Psychosomatik vorgesehen; diese Qualifikationen gehen vielmehr nach einer Übergangszeit von 2 Jahren nach Inkrafttreten des Vertrages in die Teilnahmevoraussetzungen des Hausarztes ein. Damit soll dem gesetzgeberischen Ziel der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung unter Wahrung von Beitragssatzstabilität Rechnung getragen werden.
- Für die Qualifikation zur Sonografie und die entsprechende apparative Ausstattung wird ein Zuschlag von 5 EUR vorgesehen. Dieser Lösung wird der Vorzug eingeräumt vor der in den Erörterungen diskutierten Alternative, die Teilnahmevoraussetzungen für Hausärzte um diese Qualifikation -ähnlich wie für die kleine Chirurgie und die Psychosomatik- zu erweitern. Die Zuschlagslösung ermöglicht auch den Hausärzten die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung, die nicht über die Sonografie-Qualifikation verfügen oder die nicht die zusätzliche Investition in entsprechende Geräte auf sich nehmen. Die Festsetzung des Zuschlags auf 5 EUR soll die mit dieser Lösung verbundene finanzielle Belastung begrenzen.
- Der sog. Chronikerzuschlag wird auf 25 EUR festgesetzt. Zugleich wird der VERAH-Zuschlag auf 5 EUR angehoben und für Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf vorgesehen. Diese Regelung soll gezielt die gesundheitliche Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen verbessern.
- Das neue Vergütungssystem enthält wichtige präventive Elemente. Diese gehen zum Teil in die kontaktunabhängige Grundpauschale ein, wie z.B. die Überprüfung des Impfstatus, werden zum Teil aber auch gesondert vergütet, wie z.B. die Langzeitblutdruckmessung, die Influenza-Impfung, die Krebsvorsorge und der Präventionscheck besonders bei älteren Patienten. Andere Elemente sollen gezielt die Effektivität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung erhöhen, wie der Arzneimittelzuschlag im Rahmen einer rationalen Pharmakotherapie und die Vergütung bei post-operativer Behandlung.
- Besondere Einzelleistungen sieht das neue Vergütungssystem für ärztliche Behandlungen zur Unzeit vor. Keine besondere Vergütung ist jedoch vorgesehen für Be-

handlungen während der Abendsprechstunde einmal in der Woche bis 20 Uhr und an Samstagen.

### c. Entscheidung nach billigem Ermessen

Nach den hier zugrunde gelegten Vorschriften der §§ 315 und 317 BGB ist die Entscheidung nach billigem Ermessen zu treffen. Nach - dem entsprechend anwendbaren - § 315 Abs. 3 Satz 1 BGB ist die Bestimmung des Vertragsinhalts nach billigem Ermessen für den anderen Teil nur verbindlich, wenn sie der Billigkeit tatsächlich entspricht. Die Entscheidung erfüllt auf der Grundlage der für die Schiedsperson bindenden rechtlichen Vorgaben diese Voraussetzungen.

Die Entscheidung hat allerdings unabhängig vom billigen Ermessen -wie unter 2. dargestellt- bestimmte materiell-rechtliche Vorgaben, insbesondere des § 73b SGB V, einzuhalten. Das gilt besonders für den Abschluss eines eigenständigen HZV-Vertrages außerhalb der kollektivvertraglich geregelten kassenärztlichen Regelversorgung, die Anforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung und die Bindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Diese Vorgaben sind der Entscheidung zugrunde zu legen und nicht Ergebnis der notwendigen Abwägung im Rahmen des billigen Ermessens.

Für die Wahrung des billigen Ermessens im Rahmen der Entscheidung nach § 73b Abs.4 und 4a SGB V ist es notwendig, die Interessen der AOK Bremen/Bremerhaven auf der einen Seite und die des Hausärzterverbandes Bremen unter Beteiligung der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft auf der anderen Seite zu berücksichtigen, gegeneinander abzuwägen und zu einem fairen Ausgleich zusammenzuführen.

Auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben bezogen sich die unterschiedlichen Interessen der Beteiligten auf verschiedene Ansätze der Konkretisierung der hausarztzentrierten Versorgung: Die AOK Bremen/ Bremerhaven stellte im Hinblick auf die bestehende Struktur der ambulanten ärztlichen und insbesondere der fachärztlichen Versorgung in Bremen und Bremerhaven die Notwendigkeit einer grundlegenden Umstrukturierung der hausärztlichen Versorgung insbesondere durch Einbeziehung aller an der hausärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte, möglichst dauerhafte Einschreibung der Versicherten und Einführung eines neuen Vergütungssystems mit kontaktunabhängigen Pauschalen grundsätzlich und wegen der damit verbundenen finanziellen Belastungen in Frage. Der Hausärzterverband Bremen und die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft betonten hingegen die Bedeutung gerade dieser Strukturelemente für die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung im Sinne einer stärkeren Koordinierung und Steuerung medizinischer Behandlungsprozesse sowie für die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitssystem insgesamt.

Für die Entscheidung sind im Rahmen der notwendigen Abwägung dieser unterschiedlichen Interessen folgende wesentliche Gründe maßgebend:

- Dem gesetzgeberischen Ziel einer selektivvertraglich geregelten hausarztzentrierten Versorgung außerhalb der kollektivvertraglichen Regelversorgung dienen in besonderer Weise die möglichst dauerhafte Einschreibung der Versicherten und die Einführung eines neuen Vergütungssystems mit kontaktunabhängigen Pauschalen. Beide Elemente sind nach Auffassung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 2009 und auch nach Überzeugung der Schiedsperson -nicht zuletzt wegen der Erfahrungen anderer Länder mit primärärztlichen Strukturen- geeignet, die Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern und die Effizienz der medizinischen Behandlung zu erhöhen.
- Auf der anderen Seite ist eher damit zu rechnen, dass diese strukturellen Effekte nicht sofort, sondern erst über einen Zeitraum von mehreren Jahren eintreten. Inso-

fern ist nicht zu verkennen, dass die Einführung der hausarztzentrierten Versorgung mit diesen Strukturelementen zumindest für die Anfangszeit mit finanziellen Risiken verbunden sein kann. Um diese möglichen Risiken zu begrenzen, beschränkt die Entscheidung die neue hausarztzentrierte Versorgung auf Allgemeinärzte, praktische Ärzte und Hausarztinternisten, begrenzt sie den Zugang auf volljährige Versicherte, koppelt sie das Vorliegen einer Bereinigungsregelung mit dem Inkrafttreten der Vergütungs- und Abrechnungsvorschriften, erweitert sie die Prüfpflichten, verzichtet sie auf ein allgemeines Schiedsverfahren während der Vertragslaufzeit und nach Vertragsablauf, regelt sie die Konsequenzen bei hoher Fehlkontaktquote, sieht sie eine Evaluierung des HZV-Vertrages vor und räumt sie nach der Evaluierung eine ordentliche Kündigungsmöglichkeit des HZV-Vertrages zum 31.12. 2014 ein. Außerdem werden das neue Vergütungssystem -unter Beibehaltung wesentlicher Strukturelemente sowie qualitätsbezogener und präventiver Ansätze- verändert, an konkrete Indikatoren gebunden und die erwarteten Ausgaben je Teilnehmer dem in den Verhandlungen kalkulierten Bereinigungsbetrag angenähert.

- Im Hinblick auf die voraussichtliche Differenz zwischen den erwarteten Ausgaben je Teilnehmer und dem in den Verhandlungen kalkulierten Bereinigungsbetrag aus der bisherigen Regelversorgung ist auf die im Verlauf der Vertragslaufzeit zu erwartenden Effekte zu verweisen. Mit dem Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ist davon auszugehen, dass die neue hausarztzentrierte Versorgung Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen wird. Diese sind durch eine stärkere Koordinierung und Steuerung der Prozesse nicht nur im Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung, sondern auch im Bereich der Arzneimittel- und Heilmittelversorgung und in der stationären Versorgung zu erwarten und werden mit überprüfbaren Indikatoren Gegenstand der vorgesehenen Evaluierung.
- Soweit sich die Differenz zwischen den erwarteten Ausgaben je Teilnehmer und dem letztlich mit der KV Bremen vereinbarten Bereinigungsbetrag aus der bisherigen Regelversorgung über die Vertragslaufzeit nicht völlig schließen lassen sollte, ist in Übereinstimmung mit dem für den AOK-Bundesverband erstellten Rechtsgutachten<sup>18</sup> auf folgende gesetzliche Ausgangslage zu verweisen: Angesichts des erkennbaren gesetzgeberischen Zieles, die HZV zwar für die Versicherten freiwillig, aber doch flächendeckend anzubieten, müssen die Anforderungen des § 73b Abs. 2 SGB V zur notwendigen medizinischen Versorgung gerechnet werden, wenn es um den HZV-Vertrag geht. Folglich steht der Grundsatz der Beitragssatzstabilität solchen Vergütungs- oder Kostensteigerungen nicht entgegen, die für die Erfüllung dieser Anforderungen unverzichtbar sind, auch wenn diese nicht durch Einsparungen oder Effizienzverbesserungen vollständig kompensiert werden können. Das gilt insbesondere für notwendige interne Kosten der Vertragspartner, die nicht bereinigungsfähig sind.

Aufgrund dieser Vorgaben und Erwägungen ist die Entscheidung wie dargestellt zu treffen.

Mit freundlichen Grüßen

(Dr. Arnold Knigge)

---

<sup>18</sup> Vgl. Ebsen Rechtliche Anforderungen an das Handeln der Schiedsperson für die Festlegung des Inhalts des Vertrages über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b Abs. 4a SGB V, Rechtsgutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, Juli 2009, S. 28.