

**Dr. Klaus Engelmann**  
**Schiedsperson für die hausarztzentrierte Versorgung**  
**für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns**

**In dem Verfahren über die Festlegung des Vertragsinhaltes eines Vertrages zur  
hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 1, 4 SGB V**

**des Bayerischen Hausärzteverbandes e.V., Orleansstraße 6, 81669 München,**  
**vertreten durch den Vorsitzenden Dr. Dieter Geis,**

- Antragsteller -

**und**

**der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, Carl-Wery-Str. 28, 81739 München,**  
**vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Dr. Helmut Platzer,**

- Antragsgegnerin -

setzt die Schiedsperson für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns  
Dr. Engelmann

zwischen dem Antragsteller und der Antragsgegnerin aufgrund der mündlichen  
Verhandlungen vom 11. Januar 2012, 24. Januar 2012 und 31. Januar 2012 den  
Vertragsinhalt des HzV-Vertrages gemäß den anliegenden Vertragsmustern (Vertrag,  
Anlage 1, Anlage 2, Anlage 3, Anlage 4, Anlage 5, Anlage 6, Anlage 7, Anlage 8)  
fest.

## **Begründung**

### **Tatbestand**

Die Beteiligten streiten über die Vereinbarung eines Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV-Vertrag) gemäß § 73b Abs. 1, 4 SGB V.

Der Bayerische Hausärzteverband (BHÄV; im Folgenden: Antragsteller) ist eine Gemeinschaft von Hausärzten. Er hat nach seinen im Schiedsverfahren auf Nachfrage der Schiedsperson gemachten Angaben mit Stand 3. Januar 2012 6.818 ordentliche Mitglieder. Davon sind 4.419 Fachärzte für Allgemeinmedizin mit der LANR der Fachgruppe 01, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

Die Antragsgegnerin untersteht als landesunmittelbare Krankenkasse der Aufsicht des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit.

Antragsteller und Antragsgegnerin schlossen am 12. Februar 2009 einen HzV-Vertrag gem. § 73b SGB V (im Folgenden: Altvertrag), der zum 1. April 2009 zu laufen begann. An dem Vertrag waren nach Angaben der Beteiligten im letzten Quartal IV/2010 2,595 Millionen der ca. 4,3 Millionen Versicherten der Antragsgegnerin und 7.498 Hausärzte eingeschrieben.

Nachdem der frühere Vorstand des Antragstellers Ende 2010 den Ausstieg der Hausärzte aus der System der vertragsärztlichen Versorgung im Wege des Kollektivverzichts propagiert hatte und umsetzen wollte, wofür er auf der Mitgliederversammlung des Antragstellers keine ausreichende Mehrheit erhielt und deshalb zurücktrat, kündigte die Antragsgegnerin mit Schreiben vom 16. Dezember 2010 wegen Vertragsverletzungen des Antragstellers den Altvertrag außerordentlich mit Frist zum 31. Dezember 2010. Die vom Antragsteller hiergegen im einstweiligen Rechtsschutz erhobenen gerichtlichen Schritte blieben erfolglos (Beschluss des Bayerischen Landessozialgerichts <LSG> vom 22. Februar 2011 – L 12 KA 2/11 B ER – NZS 2011, 386 ff.).

Auch zahlreiche andere Krankenkassen, die HzV-Verträge mit dem Antragsteller abgeschlossen hatten bzw. für die HzV-Verträge durch Schiedssprüche festgesetzt worden waren, nahmen das Verhalten des Antragstellers zum Anlass, diese Verträge ebenfalls zum 31. Dezember 2010 außerordentlich zu kündigen.

Aufgrund dieser Situation fand am 14. Januar 2011 auf Veranlassung des damaligen Bayerischen Staatsministers für Umwelt und Gesundheit Dr. Söder unter Mitwirkung der Präsidentin des Bayerischen Landtags Frau Stamm im Bayerischen Landtag ein sog. Hausärzte-Hearing statt, auf dem Krankenkassen und Hausärzteverband erklärten, über die Fortsetzung von HzV-Verträgen reden zu wollen.

In der Folge führten Antragsteller und Antragsgegnerin zwischen Januar und Juli 2011 mindestens 15 aus der Sicht des Antragstellers „Verhandlungsrunden“, aus der Sicht der Antragsgegnerin unverbindliche „Gesprächsrunden“ durch und zwar am 28. Januar, 8. Februar, 9. Februar, 17. Februar, 9. März, 16. März, 8. April, 3. Mai, 18. Mai, 20. Mai, 31. Mai, 8. Juni, 14. Juni, 15. Juni, 7. Juli, 13. Juli und 21. Juli 2011. Diese Verhandlungs- bzw. Gesprächsrunden fanden zum Teil unter Beteiligung der Bayerischen Landesärztekammer und des zuständigen Ministeriums statt, ohne dass es zu einem Vertragsabschluss zwischen den Beteiligten kam. Auch ein vertrauliches Gespräch der Vorstände des Antragstellers und der Antragsgegnerin im Beisein des damaligen Bayerischen Staatsministers für Umwelt und Gesundheit Dr. Söder am 7. Juli 2011 führte zu keinem Ergebnis.

Der Antragssteller erklärte daraufhin mit Schreiben vom 5. August 2011 das Scheitern der Verhandlungen und beantragte mit Schreiben vom 17. August 2011 bei dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit die Bestimmung einer Schiedsperson durch das Ministerium.

Nachdem sich die Beteiligten nicht auf eine Schiedsperson verständigen konnten, bestimmte das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit nach Anhörung der Beteiligten mit Bescheid vom 22. September 2011 in dem Verfahren zur Festsetzung eines HzV-Vertrages Dr. Engelmann zur Schiedsperson. Die Antragsgegnerin hat diesen Bescheid nach ihren Angaben - zunächst zur Rechts- und Fristwahrung – mit der Klage beim Sozialgericht München angefochten. Über die Klage ist noch nicht entschieden worden.

In dem Bescheid der Aufsichtsbehörde ist u.a. ausgeführt, die Voraussetzungen für die Bestimmung einer Schiedsperson seien erfüllt. Der Antragsteller sei vorrangiger Vertragspartner i. S. des § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V. Zu seinen satzungsgemäßen Aufgaben gehörten u.a. die Vertretung der honorar- und strukturpolitischen Interessen der Hausärzte gegenüber den Krankenkassen sowie der Abschluss entsprechender Verträge. Die Wahrnehmung solcher Aufgaben sei als „Vertreten“ im Sinne des § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V anzusehen. Der Antragsteller habe auch die in § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V aufgestellte Voraussetzung des Quorums von 50 % der an der hausärztlichen Versorgung

teilnehmenden Allgemeinärzte im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erfüllt. Nach der vom Antragsteller überreichten Liste hätten 4.450 Allgemeinärzte als Mitglieder des Antragstellers anerkannt werden können. Dies entspreche bei insgesamt 5.940 an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzten einer Quote von 74,92 %. - Im Übrigen lägen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Antragsteller zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht als Vertragspartner zum Abschluss eines HzV-Vertrages geeignet sein könne.

Der Antragsteller verweist zur Begründung seines Antrages zunächst darauf, dass sein Antrag auf Festsetzung eines HzV-Vertrages zulässig sei. Bei ihm – dem Antragsteller – handele es sich um eine qualifizierte Gemeinschaft im Sinne des § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V. Die Auffassung der Antragsgegnerin, er – der Antragsteller – sei nicht mehr ein geeigneter Vertragspartner für einen HzV-Vertrag, sei unzutreffend. Jedenfalls habe er – der Antragsteller – seit der Entscheidung des Bayerischen LSG vom 22. Februar 2011 alles unternommen, um ein möglicherweise verloren gegangenes Vertrauensverhältnis mit der Antragsgegnerin wieder herzustellen. Seine – des Antragstellers – Eligibilität werde auch dadurch bestätigt, dass eine Reihe von Krankenkassen die HzV-Verträge nicht gekündigt hätten bzw. diese fortsetzten. - Bei dem im Rahmen des Schiedsverfahrens festzulegenden HzV-Vertrag handele sich um eine sog. Anschlussvereinbarung, also um einen Vertrag nach Maßgabe des bis zum 21. September 2010 geltenden § 73b SGB V i.d.F. des GKV-OrgWG, wie sich sowohl aus der Formulierung des § 73b Abs. 5a Satz 5 SGB V, eingefügt durch das GKV-Finanzierungsgesetz vom 22. Dezember 2010, als auch aus der Begründung zu dieser Vorschrift ergebe. - Entgegen der Auffassung der Antragsgegnerin sei der HzV-Anschlussvertrag wiederum als Vollversorgungsvertrag und nicht als Add-on-Vertrag zu schließen. - Sein – des Antragstellers – Vergütungsmodell sehe als Grundkonzept die Überführung der hausärztlichen Versorgung der Versicherten in den HzV-Vertrag und demgemäß eine Versorgung der Versicherten jeder Altersstufe vor. Das Vergütungsmodell sei hinsichtlich seiner Struktur als auch hinsichtlich der Höhe der einzelnen Vergütungstatbestände sachlich gerechtfertigt und stehe mit den gesetzlichen Anforderungen des SGB V, insbesondere dem Wirtschaftlichkeitsgebot und dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität, in Einklang. Es sehe, wie im einzelnen aufgezeigt wird, wenige Vergütungspauschalen, einen hohen Anreiz für eine rationale Pharmakotherapie, unterstützt durch ein Arzneimittelmanagement, eine qualitativ hochwertige Versorgung insbesondere chronisch kranker Patienten (differenzierende Chronikerpauschalen, Hausbesuche, Anreiz für die Beschäftigung einer VERAH), spezielle Versorgungsmodule für besondere Versichertengruppen durch die Hausarztpraxis (Palliativversorgung, Geriatrieversorgung, Wundmanagement, ambulant-stationäres Schnittstellenmanagement), Leistungen der

Kinder- und Jugenduntersuchungen, diagnostische Leistung der Hausarztpraxis und schließlich "verbesserte" Präventionsleistungen sowie sonstige Einzelleistungen vor. - Neben der Verbesserung der Versorgung ergäben sich auch Einsparpotenziale durch die Begrenzung des sog. Ärzte-Hoppings, des Wegfalls der hausärztlichen Pauschale für sog. Pseudo-Hausärzte, durch den Einsatz eines wirkungsvollen Arzneimittelmanagements, Einsparungen durch eine rationale Pharmakotherapie sowie die Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch ein abgestimmtes Krankenhaus-Überleitungsmanagement. - Früher erhobene datenschutzrechtliche Bedenken gegen den Abrechnungsweg im HzV-Vertrag seien nach der Einfügung der zum 4. August 2011 in Kraft getretenen Vorschrift des § 295a SGB V durch das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze hinfällig. - Entgegen der Auffassung der Antragsgegnerin könne der Einsatz der vom AOK-Bundesverband entwickelten und standardisierten sog. gevko-Schnittstelle für Selektivverträge, die aus der Software der Arztinformationssysteme in den Praxen heraus Daten z. B. an ein Abrechnungszentrum liefern solle, nicht Voraussetzung für die Teilnahme von Hausärzten am HzV-Vertrag sein. - Eine Neueinschreibung der Versicherten in den festzusetzenden HzV-Vertrag sei weder geboten noch erforderlich. Er – der Antragsteller - habe mit der Techniker Krankenkasse eine Regelung gefunden, die den TK-Versicherten die Teilnahme an der Fortführung des dort abgeschlossenen HzV-Vertrages ohne Neueinschreibung ermögliche. Eine entsprechende Regelung sei auch für diesen Vertrag möglich. - Der Forderung der Antragsgegnerin nach Einschreibung von Versicherten in die HzV allein über sie – und damit nicht wie bisher in der Arztpraxis – sei aus mehreren Gründen zu widersprechen. Ebenso wenig könne dem Verlangen der Antragsgegnerin zugestimmt werden, dass Hausärzte nur mit ihrer Zustimmung in den Vertrag eingeschrieben werden könnten.

Der Antragsteller beantragt (Schriftsatz vom 11. November 2011),

einen HzV-Vertrag gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V in der Fassung des als Anlagen AST 1.0 bis 1.8 beigefügten HzV-Vertrages nebst Anlagen festzusetzen.

Die Antragsgegnerin beantragt (Schriftsatz vom 9. Dezember 2011),

den Antrag des BHÄV vom 11. November 2011 abzuweisen und stattdessen den HzV-Vertrag nach § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V in der Fassung des als Anlage AOK 11 zu dem Schriftsatz vom 19. Oktober 2011 beigefügten HzV-Vertrages nebst Anlagen festzusetzen,

hilfsweise,

über die Frage, ob im Schiedsverfahren ein „Vollversorgungsvertrag“ oder ein „Add-on-Vertrag“ festgesetzt wird, auf gerichtlich nachprüfbarer Weise vorab zu

entscheiden und ihr - der AOK Bayern - für den Fall, dass ein Vollversorgungsvertrag festgesetzt werden soll, eine angemessene Frist zur Vorlage eines eigenen Vertragsentwurf zu setzen.

Sie führt im Wesentlichen aus, zwar hätten in dem Zeitraum vom 9. Februar bis zum 21. Juli 2011 Gespräche mit Vertretern des Antragstellers stattgefunden. Diese seien Konsequenz des Hearings im Bayerischen Landtag am 14. Januar 2011 gewesen. Es habe sich dabei aber nicht um Verhandlungen im eigentlichen Sinne gehandelt. Nach ihrer – der Antragsgegnerin – Auffassung sei der Antragsteller zumindest derzeit kein geeigneter Vertragspartner. Sie – die Antragsgegnerin – habe den HzV-Altvertrag wegen schwerer Vertragsverstöße des Antragstellers fristlos gekündigt. Das Bayerische LSG habe die Rechtmäßigkeit dieser Kündigung umfassend bestätigt (Beschluss vom 22. Februar 2011 – L 12 KA 2/11 B ER). Da im Vorstand des Antragstellers weiterhin nicht, wie vom LSG gefordert, unbefangene, nicht vom Vertrauensverlust berührte Vereinsmitglieder stünden, die eine zukünftige Pflichterfüllung erwarten ließen, fehle dem Antragsteller nach wie vor die Eigenschaft, Vertragspartner einer Krankenkasse im Sinne des § 73b SGB V zu sein. Das Verhalten des Antragstellers im Zeitraum nach der Kündigung des Vertrages sei, wie im Einzelnen ausgeführt wird, nicht im Ansatz geeignet, das von ihm zerstörte Vertrauensverhältnis neu entstehen zu lassen. Das Argument, die Eligibilität des Antragstellers werde dadurch bestätigt, dass andere Krankenkassen ihre HzV-Verträge nicht gekündigt hätten, gehe fehl. Das notwendige Vertrauensverhältnis zum Abschluss eines HzV-Vertrages müsse gerade gegen über ihr, der Antragsgegnerin, bestehen. Das sei jedoch nicht der Fall. - Die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) könne nicht Vertragspartner eines HzV-Vertrages sein. - In der Sache sei auf einen neuen HzV-Vertrag § 73b SGB V in der zum 22. September 2010 geänderten Fassung des GKV-FinG anzuwenden. Danach sei die Ausgabenhöhe des HzV-Vertrages an die Beitragssatzstabilität gekoppelt. Um dies sicherzustellen, dürfe der HzV-Vertrag nicht teurer sein als die entsprechende Versorgung im Rahmen des Kollektivvertragssystems. Die Geltung dieser Vorschrift sei zwar eingeschränkt. Durch die in § 73b Abs. 5a Satz 5 SGB V vorgesehene Bestandsschutzklausel solle ein Sonderkündigungsrecht ausgeschlossen werden mit der Folge, dass auch für Anschlussvereinbarungen § 73b SGB V in der bis zum 21. September 2010 geltenden Fassung anzuwenden sei. Im vorliegenden Fall habe sie – die Antragsgegnerin – den HzV-Altvertrag allerdings nicht in Wahrnehmung eines Sonderkündigungsrechts gekündigt, sondern eine außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund ausgesprochen, auf die die Vorschrift des § 73b Abs. 5a Satz 5 SGB V nicht angewandt werden könne. Durch die rechtmäßige außerordentliche Kündigung des HzV-Altvertrages zum 16. Dezember 2010 habe der Altvertrag nicht mehr bestanden, so

dass auch ein Bestandsschutz nicht mehr eingreifen könne. Darüber hinaus habe durch die gesetzliche Regelung wohl ein Sonderkündigungsrecht vorübergehend eingeschränkt werden können, nicht aber eine Kündigung aus wichtigem Grund. Rechtsdogmatisch sei ein Bestandsschutz nur unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes zu begründen. Darauf könne sich der Antragsteller jedoch nicht berufen, da er die Beendigung des HzV-Altvertrages durch außerordentliche Kündigung selbst verursacht habe. Ein neuer HzV-Vertrag könne daher ausschließlich auf der ab 22. September 2010 geltenden Rechtsgrundlage vereinbart bzw. festgesetzt werden. - Ein solcher Neuvertrag könne nur als Add-on-Vertrag, nicht als Vollversorgungsvertrag abgeschlossen werden. Das vermeide nicht nur die komplizierte Bereinigung der Gesamtvergütung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Gegen einen Vollversorgungsvertrag spreche vor allem, dass der HzV-Altvertrag bei ihr – der Antragsgegnerin – allein im Jahr 2010 zu Mehrausgaben von ca. 433 Millionen € geführt habe, denen keinerlei Einsparung gegenübergestanden hätten. Faktisch sei die kollektivvertragliche Regelversorgung ersetzt und nur höher vergütet worden. Neben den Leistungsausgaben seien durch den HzV-Altvertrag im Jahr 2010 indirekt verursachte Kosten in Höhe von ca. 70 Millionen € angefallen, davon ca. 45 Millionen € für die nicht vertragskonforme Inanspruchnahme der HzV, ca. 17 Millionen € für den Notdienst und ca. 7 Millionen € für Impfleistungen. Außerdem sei es zu Doppelabrechnungen von HzV-Hausärzten über die HzV und über die Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in Höhe von rund 4,3 Million € gekommen. Bei einem Add-on-Vertrag entstünden solche Risiken nicht. – Die zwischenzeitlich erfolgte Bewertung des HzV-Altvertrages habe, wie im Einzelnen dargelegt wird, ergeben, dass hohe Mehrkosten entstanden seien, die zu einer Gefährdung der Beitragssatzstabilität geführt hätten, keine Verbesserung der Versorgungsqualität durch Ausübung der Steuerungs- und Lotsenfunktion erkennbar sei und dass bei der Umsetzung der HzV nur eine geringe Effizienz feststellbar sei. Aus diesen und anderen Gründen halte sie, die Antragsgegnerin, allein einen sog. Add-on-Vertrag für zielführend. Dabei würden die medizinischen Behandlungsleistungen weiterhin im Rahmen des Kollektivvertragssystems erbracht und lediglich diejenigen Leistungen, die die HzV erst ermöglichten, über die HzV abgerechnet. – In den HzV-Vertrag seien allein Versicherte ab dem 18. Lebensjahr einzuschreiben. Sie, die Antragsgegnerin, habe einen Kinderarztvertrag, der die Versorgung ihrer Versicherten sicherstelle, und könne nicht verpflichtet werden, dazu noch einen HzV-Vertrag abzuschließen. – Der Einschreibeprozess habe über sie zu erfolgen. Das ergebe sich allein schon daraus, dass sie, die Antragsgegnerin, die Versorgung der Versicherten in der HzV sicherzustellen habe. Da es sich bei dem HzV-Vertrag um einen Neu-Vertrag handele, sei eine Neueinschreibung der Versicherten und der Hausärzte in den Vertrag zwingend erforderlich. Durch die Neueinschreibung der Versicherten solle auch sichergestellt werden, dass vor allem solche Versicherten eingeschrieben würden, bei denen aufgrund der

Gesundheitssituation eine verbesserte Steuerung der Versorgung geboten sei. Es handele sich dabei in erster Linie um chronisch kranke Versicherte. – Das vom Antragsteller vorgeschlagene Vergütungsmodell widerspreche den gesetzlichen Anforderungen und sei daher abzulehnen. Es liege nicht nur deutlich über der Vergütung in der Kollektivversorgung, sondern lasse auch nicht ansatzweise erkennen, welche Gegenleistungen dieser Zusatzvergütung gegenüberstünden und inwiefern die höhere Vergütung durch die Lotsen- und Steuerungsfunktion des Hausarztes finanziert werden könne. Ungeachtet dessen, dass das Vergütungsmodell in seiner Gesamtheit rechtswidrig sei, entspreche es auch in zahlreichen Einzelpunkten, wie detailliert ausgeführt wird, nicht den Anforderungen an einen HzV-Vertrag. Des Weiteren könne auch dem vorgelegten Vertragsentwurf in zahlreichen Einzelpunkten nicht gefolgt werden. - Sie - die Antragsgegnerin - werde unter keinen Umständen einem Vertrag zustimmen, der für sie ein unkalkulierbares Kostenrisiko nach sich ziehe. Sollte es demgegenüber zu einer Festsetzung des HzV-Vertrages durch Schiedsspruch kommen, werde sie den Schiedsspruch auf jeden Fall gerichtlich anfechten.

In den sog. Expertengesprächen und den mündlichen Verhandlungen wurden die Auswirkungen des HzV-Altvertrages sowie die in Betracht kommenden verschiedenen Vergütungsmodelle eingehend erörtert, ohne dass insoweit eine Übereinstimmung hätte erzielt werden können. Auf Wunsch der Vertragsparteien hat die Schiedsperson mit Schreiben vom 25. Januar 2012 mögliche Eckpunkte eines durch Schiedsspruch festzusetzenden HzV-Vertrages aufgezeigt. Darin ist u.a. ausgeführt worden, dass dem Schiedsspruch die Anwendung alten Rechts zu Grunde liegen könne mit der Folge, dass eine Laufzeit des Vertrages zunächst bis zum 30. Juni 2014 bestehe. Um das Kostenrisiko der Antragsgegnerin zu begrenzen, solle die zu leistende Vergütung aus dem HzV-Vertrag auf 70 Millionen € pro Jahr begrenzt werden. Die Nebenkosten der Antragsgegnerin z.B. durch die nicht vertragskonforme Inanspruchnahme der HzV durch HzV-Versicherte solle reduziert werden. Die Schiedsperson hat im Übrigen darauf hingewiesen, dass bei der Festsetzung des HzV-Vertrages zwischen den Beteiligten der im Jahr 2012 zwischen Betriebskrankenkassen in Bayern und dem Antragsteller vereinbarte HzV-Vertrag als Grundlage herangezogen werden könnte.

Zwischen Antragsteller und Antragsgegnerin sind noch mehrere Verfahren über die Anwendung des HzV-Altvertrages (Anwendung der sog. Meistbegünstigungsklausel) bei Gericht anhängig (vgl. zuletzt Beschlüsse des Bayerischen LSG vom 20. Dezember 2011 – L 12 KA 46/11 B ER - und vom 21. Dezember 2011 – L 12 KA 62/11 B ER).



Die Schiedsperson führte zunächst am 27. Oktober und am 4. November 2011 getrennte Gespräche mit den Verfahrensbeteiligten sowie am 17. November und 21. Dezember 2011 sog. Expertengespräche mit den Verfahrensbeteiligten durch, in denen u.a. versucht wurde, die von der Antragsgegnerin vorgelegten Ergebnisse des HzV-Altvertrages zu analysieren. Am 16. November 2011 erläuterte die Antragsgegnerin der Schiedsperson im Beisein von Vertretern des Antragstellers ihre Vergütungspositionen. Mündliche Verhandlungen mit den Verfahrensbeteiligten fanden am 11. Januar, 24. Januar und 31. Januar 2012 statt.

### **Entscheidungsgründe**

Auf den Antrag des Antragstellers war der Inhalt eines Vertrages zur HzV nach billigem Ermessen festzusetzen. Damit konnte dem Begehren der Beteiligten nur zum Teil entsprochen werden. Die anders lautenden bzw. weitergehenden Anträge der Beteiligten waren, wie sich im Einzelnen aus der nachfolgenden Begründung ergibt, zurückzuweisen.

I. Nach § 73b Abs. 1 SGB V haben die Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (Hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten.

1. Eine gesetzliche Regelung der HzV ist erstmals im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) zum 1. Januar 2004 getroffen worden (vgl. zur Entstehungsgeschichte der HzV: Orlowski, ZMGR 2009, 124 f.).

Ziel der Einführung einer HzV war es nach der Gesetzesbegründung zum GMG, den Versicherten eine qualitativ besonders hoch stehende hausärztliche Versorgung zur Verfügung zu stellen (vgl. BT-Drucks. 15/1525, S. 97, Zu Nr. 49 - § 73b). In der Gesetzesbegründung ist zugleich ausgeführt, worin sich die besondere Qualität der HzV darstellen kann, nämlich in der Ausrichtung der ärztlichen Behandlung an evidenz-basierten Leitlinien (einschließlich einer rationalen Pharmakotherapie), durch die Verpflichtung zur Teilnahme an Qualitätszirkeln, insbesondere Fallkonferenzen, zum interprofessionellen Austausch, zur Dokumentation weniger, aber aussagekräftiger Qualitätsindikatoren, zur Einführung eines zertifizierten praxisinternen Qualitätsmanagements, zur Fortbildung in patientenzentrierter Gesprächsführung sowie, insbesondere wegen des in einer Hausarztpraxis besonders hohen Anteils älterer und hochbetagter Menschen, zur Fortbildung z. B. in Grundkenntnissen der Palliativmedizin, der Schmerztherapie, der Behandlung von Alterserkrankungen und geriatrischen Krankheitsbildern. Bezüglich der

sächlichen Ausstattung sei z. B. an eine EDV-Ausstattung zu denken (vgl. zum Ganzen: Engelmann in: Prütting <Hrsg.>, Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 2. Aufl. 2012, § 73b Rn. 3 ff.).

**2.** Das GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) gestaltete die HzV in wesentlichen Bereichen neu. Waren nach § 73b SGB V i.d.F. des GMG das Nähere über den Inhalt der HzV und die Vergütung der Leistungen in den Gesamtverträgen - also innerhalb des Kollektivvertragssystems - zu treffen, so löste die Neuregelung der HzV durch das GKV-WSG die von den Krankenkassen mit den Leistungserbringern zu schließenden Verträge aus dem Kollektivvertragssystem, d.h. den von den KÄVen und den Verbänden der Krankenkassen zu schließenden Gesamtverträgen, heraus. In der Folge konnten Krankenkassen entsprechende Verträge mit KÄVen nur noch unter der Voraussetzung des § 73b Abs. 4 Satz 2 Nr. 4 SGB V (bei Ermächtigung der KÄVen durch Gemeinschaften von Hausärzten) schließen. Zudem wurden die inhaltlichen Voraussetzungen einer HzV neu festgelegt und konkretisiert.

**3.** Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) wurden die Krankenkassen mit Wirkung vom 1. Januar 2009 verpflichtet, zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebotes nach § 73b Abs. 1 SGB V allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der KÄV vertreten (§ 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V). Mit dieser Neuregelung wurde die bis dahin nominell bestehende Auswahlfreiheit der Krankenkassen, bei dem Abschluss von Verträgen zur HzV unter verschiedenen Vertragspartnern zu wählen, eingeschränkt. Faktisch war allerdings der Kreis der möglichen Vertragspartner der Krankenkassen schon dadurch stark begrenzt, dass nur wenige Ärztegemeinschaften die Garantie für die Sicherstellung einer „flächendeckenden Versorgung“ in der HzV übernehmen konnten.

**4.** § 73b SGB V wurde danach weiter durch das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG – vom 22. Dezember 2010 – BGBl. I S. 2309) geändert. In die Vorschrift ist mit Wirkung vom 22. September 2010 (Art. 15 Nr. 4 GKV-FinG) ein neuer Abs. 5a aufgenommen worden; die Abs. 8 und 9 sind geändert bzw. eingefügt worden. Durch die Neuregelungen (vgl. dazu im Einzelnen: Engelmann, aaO, § 73b SGB V Rn. 69 ff.) sollte das Wirtschaftlichkeitsgebot in der HzV dadurch gestärkt werden, dass für die ab dem

22. September 2010 geschlossenen bzw. durch Schiedsspruch festgesetzten HzV-Verträge ausdrücklich die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität festgeschrieben und die Höhe der Vergütung in der HzV begrenzt wurde bzw. ihre Steigerung unter bestimmten Voraussetzungen durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den HzV-Verträgen erzielt werden, zu finanzieren waren.

In der Begründung zur Neuregelung des Abs. 5a im GKV-FinG wird ausgeführt (BT-Drucks. 17/3040, S. 22): „Der neue Absatz 5a betrifft Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung, die nach der Beschlussfassung des Gesetzentwurfs durch das Kabinett zustande kommen. Er schreibt für die in diesen Verträgen zu vereinbarende Vergütung ausdrücklich die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) vor. Nach dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität haben die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer ihre Vergütungsvereinbarungen so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten (vgl. § 71 Absatz 1 Satz 1). Vergütungsvereinbarungen dürfen damit nicht dazu führen, dass die Krankenkasse hierdurch zu Zusatzbeiträgen gezwungen wird“.

Nach der Neufassung des § 73b Abs. 8 SGB V ist in den Verträgen sicherzustellen, dass die Vergütung für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 SGB V hinausgehen, aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen zu finanzieren sind, die sich aus Maßnahmen des Vertrages ergeben. Dies hat nach dem ebenfalls neu eingefügten Abs. 9 aaO die Aufsichtsbehörde zu prüfen.

Der - im Gesetzgebungsverfahren nochmals geänderte - Satz 5 des § 73b Abs. 5a SGB V enthält eine Bestandsschutzregelung für Altverträge und erstreckt diese auch auf Anschlussvereinbarungen. Danach ist bei Verträgen, die vor dem 22. September 2010 zu Stande gekommen sind, auch bei Anschlussvereinbarungen mit Geltungsdauer bis einschließlich 30. Juni 2014 § 73b SGB V in der bis zum 21. September 2010 geltenden Fassung anzuwenden. In der Begründung zu dieser Vorschrift ist ausgeführt (BT-Drucks. 17/3040, S. 36, Zu Nr. 5a): „Verträge, die vor der Beschlussfassung durch das Kabinett bereits geschlossen wurden oder deren Inhalt in einem Schiedsverfahren nach § 73b Abs. 4a von einer Schiedsperson bis zu diesem Zeitpunkt festgelegt worden sind, bleiben unberührt. Durch die Bestandsschutzregelung in Satz 4 wird ein Sonderkündigungsrecht für diese Verträge ausgeschlossen“.

5. § 73b SGB V wurde schließlich durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) nochmals geändert. In Abs. 4a Satz 4 der Vorschrift wurden die Wörter „und die Festlegung des Vertragsinhalts“ gestrichen. Folgender Satz 5 wurde in Abs. 4 aaO angefügt: „Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson.“ Zur Begründung ist in dem Gesetzentwurf zum GKV-VStG (BT-Drucks 17/6906, S. 56, Zu Nr. 13 <§ 73b>) ausgeführt: „Nach § 73b Abs. 4 Satz 2 besteht die Möglichkeit der Einleitung eines Schiedsverfahrens, wenn sich die Vertragsparteien über den Inhalt eines Vertrages zur hausarztzentrierte Versorgung (HzV) nicht einigen können. In diesem Fall wird der Inhalt des HzV-Vertrages von der Schiedsperson festgelegt (§ 73b Abs. 4a Satz 1). Durch die Formulierung in Satz 4, nach der die Festlegung des Vertragsinhalts keine aufschiebende Wirkung hat, konnte der Eindruck entstehen, dass es sich bei dem Schiedsspruch um einen Verwaltungsakt handeln würde. Mit der Streichung wird klargestellt, dass dies nicht der Fall ist, sondern dass die Schiedsperson analog § 317 BGB als Vertragshelfer tätig wird. Dem entsprechend sind Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts nicht gegen die Schiedsperson, sondern gegen eine der beiden Vertragsparteien zu richten. Eine entsprechende Klarstellung ist erforderlich, da zu dieser Frage unterschiedliche Rechtsprechung ergangen ist. Die Regelung orientiert sich am Wortlaut der insoweit vergleichbaren Regelung des § 77 Abs. 1 Satz 5 SGB XII.“

II. Der Antrag des Antragstellers auf Einleitung des Schiedsverfahrens ist zulässig.

1. Er erfüllt die Voraussetzungen des § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V; denn er vertritt mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der KÄV Bayerns.

a) Aus der gesetzlichen Formulierung in § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V, dass die Gemeinschaften mindestens die Hälfte der Allgemeinärzte „vertreten“ müssen, kann nicht gefolgert werden, dass damit eine rechtsverbindliche Einbeziehung der Allgemeinärzte beim Abschluss des Vertrages geboten und das „Vertreten“ damit im Sinne einer rechtsgeschäftlichen Vertretung (§ 164 Abs. 1 BGB) zu verstehen sei. Gefordert und ausreichend ist vielmehr eine Verhandlungsvollmacht, nicht jedoch eine Abschlussvollmacht. Dies folgt bereits aus dem Wortlaut des § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V, in dem bestimmt wird, dass die Krankenkassen Verträge mit „Gemeinschaften“ von Allgemeinärzten zu schließen

haben. Nicht gefordert wird, dass gleichzeitig auch Verträge mit den einzelnen Vertragsärzten, die an der HzV teilnehmen wollen, geschlossen werden. Der Gesamtzusammenhang der gesetzlichen Neuregelung belegt vielmehr, dass mit der Formulierung des „Vertretens“ nur gemeint ist, dass diese Gemeinschaften eine gewisse soziale Mächtigkeit haben müssen, damit eine flächendeckende Versorgung mit HzV-Verträgen wahrscheinlich sichergestellt werden kann (vgl. Begründung der Beschlussempfehlungen im Bericht des BT-Ausschusses für Gesundheit, BT-Drucks. 16/10609, S. 53, Zu Nr. 1f <§ 73b>, Zu Buchst. a, Zu Doppelbuchst. aa; ebenso: Orłowski in: Orłowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer, Gesetzliche Krankenversicherung, § 73b SGB V, Stand: Juni 2009, Rn. 37; zum Ganzen auch: Huster, NZS 2010, S. 69 ff.). Diese Auffassung, dass das „Vertreten“ der Allgemeinärzte keine rechtsgeschäftliche Bevollmächtigung voraussetzt, wird weiter durch die Begründung zum GKV-OrgWG belegt. Dort heißt es nämlich, dass mit der Neuregelung (d.i. die Einführung des Schiedsverfahrens) bezweckt werde, das mit dem GKV-WSG eingeführte eigenständige „Verhandlungsmandat“ der Gemeinschaften von Hausärzten zu stärken (Begründung der Beschlussempfehlungen im Bericht des BT-Ausschusses für Gesundheit, BT-Drucks. 16/10609, S. 53, Zu Nr. 1f <§ 73b>, Zu Buchst. a, Zu Doppelbuchst. aa). Der gesetzlichen Regelung liegt damit ersichtlich die Vorstellung der Beitrittslösung zu Grunde, nach der die Gemeinschaft von Allgemeinärzten die Verhandlungen mit den Krankenkassen führt und danach die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte dem abgeschlossenen Vertrag beitreten.

**b)** Die Voraussetzung des Vertretens i. S. des § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V ist bereits durch die Mitgliedschaft des jeweiligen Hausarztes in einem – die Verhandlung mit der Krankenkassen über den Abschluss eines HzV-Vertrages führenden - Verband der Hausärzte erfüllt (Orłowski, ZMGR 2009, 124, 128; ders. in: Orłowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer, Gesetzliche Krankenversicherung, § 73b SGB V, Stand: Juni 2009, Rn. 37; ebenso: Huster in: Becker/Kingreen, SGB V, 2. Aufl. 2010, § 73b Rn. 10); dazu ist es jedenfalls als ausreichend anzusehen, dass die Satzung der Gemeinschaft eine Klausel enthält, wonach auch Aufgabe des jeweiligen Verbandes der Abschluss von Versorgungsverträgen ist (ebenso: Bestimmungsbescheid des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit vom 22. September 2011). Das ist hier der Fall.

Der Antragsteller erfüllt, wie ebenfalls zutreffend in dem genannten Bescheid ausgeführt ist, auch das Quorum des § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V, wonach die Gemeinschaft mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks

der KÄV vertreten muss. Daran hat sich auch in der Folgezeit nach Erlass des genannten Bescheides nichts geändert. Nach den nicht in Frage gestellten Angaben des Antragstellers hatte er mit Stand 3. Januar 2012 4.419 Fachärzte für Allgemeinmedizin mit der LANR der Fachgruppe 01, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, als Mitglieder und damit deutlich mehr als 50 % der ca. 5.940 Vertragsärzte der Fachgruppe 01 im Bezirk der KÄV Bayerns.

2. Der Antragsteller ist auch ein geeigneter Partner eines HzV-Vertrages. Die Antragsgegnerin beruft sich für ihre entgegenstehende Auffassung auf die im einstweiligen Rechtsschutzverfahren über die Rechtmäßigkeit der außerordentlichen Kündigung des HzV-Vertrages durch die Antragsgegnerin ergangene Entscheidung des Bayerischen LSG vom 22. Februar 2011 – L 12 KA 2/11 B ER (u.a. NZS 2011, 386 ff.). Dort heißt es (zitiert nach juris, Rn. 69): Regelmäßig werde deshalb bei einer Störung des Vertrauensverhältnisses wie im vorliegenden Fall ein Anschlussvertrag nur in Betracht kommen, wenn an den verantwortlichen Positionen, d.h. im Vorstand, unbefangene, nicht vom Vertrauensverlust berührte Vereinsmitglieder stehen. Das Vertrauensverhältnis könne neu entstehen, wenn das Handeln der den Antragsteller vertretenden Vorstände eine zukünftige Pflichtenerfüllung erwarten lasse.

Es kann dahingestellt bleiben, ob es sich bei diesen Ausführungen im Beschluss des LSG um einen tragenden Rechtssatz oder nicht nur um Begründungselemente zum Nichtbestehen eines Anordnungsanspruchs handelt, wofür sprechen könnte, dass der Abschluss eines Anschlussvertrages, zu dem sich der Beschluss hier verhält, nicht Streitgegenstand des Rechtsstreites war. Ungeachtet dessen erfüllt der jetzige Vorstand des Antragstellers die in den Ausführungen des LSG genannten Anforderungen. Er hat sich insbesondere während des gesamten Schiedsverfahrens um konstruktive Lösungen bemüht. Sein Verhalten auch außerhalb des anhängigen Schiedsverfahrens hat dazu beigetragen, dass sowohl die Techniker Krankenkasse als auch zahlreiche Betriebskrankenkassen in Bayern mit ihm HzV-Anschlussverträge geschlossen haben. Der Abschluss dieser Verträge ist von dem früheren Vorstand des Antragstellers in der Öffentlichkeit scharf kritisiert worden und hat zum Austritt seines (ehemaligen) Ehrenvorsitzenden geführt.

Unabhängig davon stellte sich die Berufung der Antragsgegnerin auf eine vermeintliche Nicht-Eligibilität des Antragstellers als Verstoß gegen den auch im öffentlichen Recht geltenden Grundsatz von Treu und Glauben dar. Ihm widerspricht es im konkreten Fall, mehr als 15 Gesprächs-/Verhandlungsrunden – zum Teil unter Mitwirkung hochrangiger Vertreter des Freistaates Bayern und der Bayerischen Ärzteschaft – wahrzunehmen und sich dann am

Ende darauf zu berufen, dass der Antragsteller kein geeigneter Vertragspartner für HzV-Verträge sein könne.

3. Die weiteren Voraussetzungen für die Stellung eines Antrages zur Bestimmung einer Schiedsperson und für das Schiedsverfahren sind, wie im Einzelnen nicht ausgeführt werden muss, erfüllt. Der Durchführung des Schiedsverfahrens steht insbesondere nicht entgegen, dass die Antragsgegnerin gegen den Bestimmungsbescheid des Bayerischen Ministeriums für Umwelt und Gesundheit vom 22. September 2011 Klage zum Sozialgericht erhoben hat. Die Klage hat gemäß § 73b Abs. 4 Satz 4 SGB V keine aufschiebende Wirkung.

III. Der HzV-Vertrag war in Anwendung des § 73b SGB V in der bis zum 21. September 2010 geltenden Fassung festzusetzen, da es sich um einen Anschlussvertrag, mithin nicht um einen „Neuvertrag“ handelt. Zwar hat die Antragsgegnerin den HzV-Altvertrag mit dem Antragsteller wirksam durch außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund zum 31. Dezember 2010 beendet. Dies steht allerdings der Wertung des nunmehr durch Schiedsspruch festgesetzten HzV-Vertrages als Anschlussvertrag nicht entgegen.

Der Begriff der Anschlussvereinbarung in § 73b Abs. 5a Satz 5 SGB V ist nicht in dem Sinne zu verstehen, dass ein neuer HzV-Vertrag an den früheren HzV-Vertrag in zeitlicher Hinsicht anknüpfen muss. Wäre dies der Fall, hätte die Vertragspartner die Möglichkeit, durch ein Hinauszögern der Vertragsverhandlungen den zeitlichen Zusammenhang mit dem früheren HzV-Vertrag aufzuheben mit der Folge, dass keine Anschlussvereinbarung zu Stande käme. Dem könnte auch nicht durch eine rückwirkende Inkraftsetzung von HzV-Verträgen entgegengewirkt werden. Denn eine solche rückwirkende Inkraftsetzung ist bei HzV-Verträgen u.a. bereits deshalb ausgeschlossen, weil sie Ansprüche der Versicherten und der teilnehmenden Hausärzte betreffen, die nur ex nunc begründet werden können. Der Begriff der Anschlussvereinbarung ist daher im Sinne einer Folgevereinbarung zu verstehen. Dies entspricht auch der gesetzlichen Intention, den vor dem 21. September 2010 geschlossenen Verträgen und den Verträgen, die nach einer Kündigung des Vertrages diesen folgen, einen Bestandsschutz bis zum 30. Juni 2014 einzuräumen, um danach die Wirksamkeit dieser Verträge evaluieren zu lassen (vgl. Begr. Gesetzentw zum GKV-FinG, BT-Drucks. 17/3040, S. 36, Zu Nr. 5a).

Durch diese Auslegung der Vorschrift wird das Recht der Vertragspartner zur außerordentlichen Kündigung eines HzV-Vertrages bei Vertragsverletzungen durch einen Vertragspartner auch in seiner Wirkung nicht beeinträchtigt. Ist das HzV-Vertragsverhältnis durch außerordentliche Kündigung rechtmäßig beendet worden, besteht die Verpflichtung

der Krankenkassen zum Abschluss eines HzV-Vertrages gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V unverändert fort, sofern die Voraussetzungen des Abs. 4 aaO weiterhin erfüllt sind. Die nachfolgenden Vertragsverhandlungen können, wie gerade dieses Verfahren zeigt, zu ganz anderen Verhandlungsergebnissen führen, als dies bisher der Fall war. Leistete die Antragsgegnerin im Jahr 2010 aus dem von ihr gekündigten HzV-Altvertrag noch HzV-Honorare in Höhe von ca. 400 Million €, werden diese Zahlungen für HzV-Honorare durch den vorliegenden - durch Schiedsspruchgesetz festgesetzten - HzV-Vertrag auf 70 Millionen € im Jahr begrenzt. Allein dies belegt, dass aufgrund der hier vorgenommenen Auslegung des Begriffs der Anschlussvereinbarung in § 73b Abs. 5a Satz 5 SGB V eine berechtigte außerordentliche Kündigung eines HzV-Vertrages nicht ins Leere läuft.

Demgemäß sind, wie der Antragsgegnerin bekannt ist, sowohl das Bundesgesundheitsministerium (Schreiben vom 23. Februar 2011) als auch das aufsichtführende Ministerium (Schreiben vom 1. März 2011 an den Vorsitzenden des BHÄV) ebenfalls der Auffassung, dass HzV-Verträge, die nach Kündigung eines HzV-Altvertrages geschlossen werden, unter die Geltung der Bestandsschutzklausel des § 73b Abs. 5 Satz 5 SGB V fallen, also nach altem Recht zu schließen sind.

In Anwendung der genannten Vorschrift des § 73b Abs. 5a Satz 5 SGB V war die mögliche Laufzeit des HzV-Vertrages durch die Einräumung einer Kündigungsfrist zum 30. Juni 2014 zu begrenzen.

**IV.** Die Schiedsperson hat den HzV-Vertrag zwischen den Verfahrensbeteiligten gem. § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V, § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. der entsprechenden Anwendung von § 317 Abs. 1 Satz 1 BGB in Wahrnehmung des ihr zustehenden „billigen Ermessens“ festgesetzt.

**1.** Auf eine Entscheidung nach billigem Ermessen stellt bereits die Begründung zu der Vorschrift des § 73b Abs. 4a SGB V ab, in der es zum einen heißt, die Schiedsperson habe „nach billigem Ermessen“ z. B. die Leistungsbeschreibung und die Vergütung festzulegen. Zum anderen ist dort ausgeführt, dass die Schiedsperson die Aufgabe habe, die fehlende Einigung der Parteien z. B. über den Leistungsumfang und die Vergütung nach billigem Ermessen festzulegen (Bericht des BT-Ausschusses für Gesundheit, BT-Drucks. 16/10609, S. 53, Zu Nr. 1f).

**2.** Dass eine Entscheidung nach billigem Ermessen zu ergehen hat, wird auch durch die Rspr. des BSG bestätigt. Das Gericht hat für die vergleichbare Vorschrift des § 132a Abs. 2



SGB V, die ebenfalls die Festlegung des Vertragsinhaltes durch eine Schiedsperson im Rahmen eines Schiedsverfahrens betrifft, die Voraussetzungen der Vertragsfestlegung konkretisiert (BSG – Urteil vom 25.11.2010 – B 3 KR 1/10 R – BSGE 107, 123 = SozR 4-2500 § 132a Nr. 5). Die insoweit entwickelten Grundsätze beanspruchen auch im Rahmen des § 73b SGB V Gültigkeit, soweit sie nicht spezifisch auf die Situation der häuslichen Krankenpflege gem. § 132a SGB V zugeschnitten sind.

Danach hat die Schiedsperson die streitigen Leistungen im Schiedsverfahren gemäß § 132a Abs. 2 Satz 1 und 6, § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. § 317 Abs. 1 BGB nach billigem Ermessen zu bestimmen (BSG aaO, Rn. 33). Der Schiedsspruch, der rechtstechnisch ein "Schiedsgutachten im weiteren Sinne" darstelle, weil der Schiedsperson die Befugnis eingeräumt werde, die Leistungen oder eine Leistungsmodalität zu bestimmen und dadurch den Vertragsinhalte rechtsgestaltend zu ergänzen, könne von den Vertragsparteien inhaltlich nur mit der Rüge der "Unbilligkeit" (entsprechend § 319 Abs. 1 BGB) angefochten werden (BSG aaO, Rn. 35). Die bei Schiedssprüchen i.S.v. § 132a Abs. 2 SGB V maßgebliche "Unbilligkeit" könne sowohl darin bestehen, dass der Schiedsspruch auf schwerwiegenden verfahrensrechtlichen Mängeln beruhe, als auch darin, dass das gefundene Ergebnis materiell unrichtig oder gegen Treu und Glauben (§ 242 BGB) verstoße. Die Prüfung der Frage der Billigkeit oder Unbilligkeit eines Schiedsspruches gliedere sich also in eine Rechts- und eine Inhaltskontrolle (BSG aaO, Rn. 36).

Der Schiedsspruch einer Schiedsperson i.S.v. § 132a Abs. 2 SGB V stelle seiner Natur nach einen Interessenausgleich durch eine sachnahe, von den Vertragsparteien unabhängige Person dar. Durch die Unabhängigkeit und die fachliche Weisungsfreiheit wolle der Gesetzgeber die Fähigkeiten der Schiedsperson zur vermittelnden Zusammenführung unterschiedlicher Interessen und zu einer Entscheidungsfindung nutzen, die nicht immer die einzige sachlich vertretbare sei und häufig Kompromisscharakter aufweise. Bei der Inhaltskontrolle komme es demgemäß nur darauf an, ob ein vertretbarer, nachvollziehbarer Beurteilungsmaßstab angewandt worden sei und das Ergebnis "billigem Ermessen" entspreche. Maßstab zur Beurteilung der "Unbilligkeit" könne auch nur das wirtschaftliche Gesamtergebnis des Schiedsspruchs sein. Daher müsse regelmäßig nicht jede einzelne Bestimmung isoliert betrachtet werden. Es bedürfe vielmehr der Gesamtschau aller Leistungsbestimmungen (BSG aaO, Rn. 37).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze und des Beurteilungsspielraums der Schiedsperson, der durch das "billige Ermessen" geprägt sei, dürfe – so das BSG - im Zuge der Rechts- und Inhaltskontrolle ausschließlich geprüft werden, ob die Ermittlung des

Sachverhalts in einem fairen Verfahren unter Wahrung des rechtlichen Gehörs erfolgt sei, ob zwingendes Gesetzesrecht beachtet und ob der bestehende Beurteilungsspielraum eingehalten worden sei. Dies setze voraus, dass der Beurteilungsmaßstab und die gefundene Abwägung durch die Schiedsperson Eingang in die Begründung des Schiedsspruchs gefunden hätten. Die Anforderungen hieran dürften im Hinblick auf Stellung und Funktion der Schiedsperson jedoch nicht überspannt werden. Die Schiedsperson unterhalte in aller Regel keinen eigenen Verwaltungsapparat und sei in besonderer Weise auf die Mitwirkung der Beteiligten angewiesen. Es sei deshalb in der Regel nicht zu beanstanden, wenn sich die Begründung des Schiedsspruchs auf die im Verfahren vorgebrachten Angaben der Beteiligten und die wesentlichen Erwägungen der Schiedsperson beschränke (BSG aaO, Rn. 38).

V. Die Schiedsperson hat unter Berücksichtigung dieser Grundsätze in Ausübung ihres billigen Ermessens den HzV-Vertrag als sog. Vollversorgungs- oder Bereinigungsvertrag und nicht als sog. Add-on-Vertrag festgelegt.

In HzV-Vollversorgungsverträgen wird die gesamte hausärztliche Versorgung, also einschließlich der bisherigen Regelversorgung, erfasst. Bei Add-on-Verträgen verbleibt demgegenüber die hausärztliche Versorgung in der durch die KÄV sicher zu stellenden Regelversorgung. Zu ihr treten einige zusätzliche Leistungen hinzu, die zwischen Krankenkassen und Hausarztgemeinschaften vereinbart werden.

1. Die Schiedsperson hat sich in Ausübung ihres billigen Ermessens für einen Vollversorgungsvertrages entschieden, weil dieser den Krankenkassen und den Hausarztgemeinschaften die Möglichkeit eröffnet, strukturelle Verbesserungen in der Leistungserbringung für die Versicherten vorzunehmen. Die – ebenfalls rechtlich zulässigen - Add-on-Verträge bieten demgegenüber regelmäßig nur punktuelle Ansätze bei Leistungsverbesserungen, können damit solche strukturellen Verbesserungen nicht gewährleisten.

Sie hat zugleich berücksichtigt, dass auch für andere KÄV-Bezirke zuständige Schiedspersonen den Vertragsinhalt von HzV-Verträgen als Vollversorgungsverträge festlegt haben und dass im KÄV-Bezirk Bayern sowohl eine große Ersatzkasse (Techniker Krankenkasse) als auch zahlreiche Betriebskrankenkassen auf freiwilliger Basis im Wege von Anschlussvereinbarungen Vollversorgungsverträge mit dem Antragsteller abgeschlossen haben und nicht zuletzt der HzV-Altvertrag zwischen den Verfahrensbeteiligten als Vollversorgungsvertrag ausgestaltet war. Beständen die nach den Darlegungen der Antragsgegnerin beinahe unüberwindlichen Schwierigkeiten bei der Durchführung eines

Vollversorgungsvertrages, hätte dies nicht nur bisher bei ihr, sondern auch bei anderen Krankenkassen dem Abschluss von Vollversorgungsverträgen entgegenstehen müssen.

**2.** Dem Begehren der Antragsgegnerin, dem Schiedsspruch den von ihr vorgelegten HzV-Vertrag zugrunde zu legen, konnte nicht gefolgt werden. Dieser soll nach Auffassung der Antragsgegnerin als Add-on-Vertrag ausgestaltet sein und in bestimmten Positionen zusätzliche Leistungen und Vergütungen für die HzV gewähren. Wie die Schiedsperson schon in der mündlichen Verhandlung verdeutlicht hat, handelt es sich bei dem von der Antragsgegnerin vorgelegten Vertragsentwurf der Sache nach um einen Vollversorgungsvertrag, da er Rechte und Pflichten der teilnehmenden Hausärzte allumfassend regelt und sich gerade nicht auf die Erbringung bestimmter einzelner Leistungen beschränkt. Allein bei den Vergütungspositionen reduziert sich der Vertragsentwurf auf einige wenige Leistungen, die darüber hinaus noch unter dem Vorbehalt der völligen Refinanzierung stehen, so dass es durchaus dazu hätte kommen können, dass den HzV-Hausärzten trotz erhöhter Verpflichtungen und Mehrleistungen keine HzV-Vergütung zugeflossen wäre. Dass zahlreiche Leistungen der HzV zwar die Versorgung der Versicherten verbessern, sich aber aufgrund von Effizienzsteigerungen erst langfristig refinanzieren lassen, bleibt bei dem vorgeschlagenen Vertragsmodell außer Betracht. Auch darauf hat die Schiedsperson in der mündlichen Verhandlung hingewiesen. Für die Attraktivität der HzV, die nach den Vorstellungen des Gesetzgebers eine weitere – verbesserte - Säule neben der hausärztlichen Regelversorgung bieten soll, ist die von der Antragsgegnerin vorgeschlagene Ausgestaltung der HzV eher kontraproduktiv.

**3.** Die Antragsgegnerin hat hilfsweise beantragt, über die Frage, ob im Schiedsverfahren ein „Vollversorgungsvertrag“ oder ein „Add-on-Vertrag“ festgesetzt wird, auf gerichtlich nachprüfbarer Weise vorab zu entscheiden und ihr für den Fall, dass ein Vollversorgungsvertrag festgesetzt werden soll, eine angemessene Frist zur Vorlage eines eigenen Vertragsentwurfes zu setzen. In die gleiche Richtung zielen ihre Anträge, ihr für den Fall, dass dem Schiedsspruch ein Vollversorgungsvertrag zu Grunde gelegt würde, eine Schriftsatzfrist von 4 Wochen zur Vorlage eines eigenen Vollversorgungsvertrages einzuräumen. Diesen Anträgen war gleichfalls nicht zu entsprechen. Eine Vorabentscheidung – ihre Zulässigkeit einmal unterstellt - über die Frage, ob dem HzV-Vertrag ein Vollversorgungsvertrag oder ein Add-on-Vertrag zu Grunde zu legen ist, ist nicht zielführend. Sie würde, was der Antragsgegnerin durchaus bekannt ist, das Schiedsverfahren unangemessen verzögern und bis zum Abschluss einer gerichtlichen Entscheidung dazu führen, dass ein HzV-Vertrag nicht in Kraft gesetzt werden könnte, so dass in den nächsten Jahren nicht mit einem HzV-Vertrag zu rechnen gewesen wäre.

4. Bei den weiteren Anträgen auf Einräumung einer Schriftsatzfrist zur Vorlage eines Vollvertragsentwurfs kann dahingestellt bleiben, ob sie nicht bereits deshalb zurückzuweisen waren, weil sie möglicherweise aus reiner Verzögerungsabsicht gestellt worden sind, da – wie der Antragsgegnerin bekannt und bewusst - die Einräumung einer solchen Schriftsatzfrist bei dem engen zeitlichen Korsett für die erforderliche Bereinigungsvereinbarungen das Hinausschieben des Vertragsbeginns für den HzV-Vertrag um ein weiteres Vierteljahr über den 1. Juli 2012 hinaus bedeutet hätte. Ungeachtet dessen war ihnen nicht zu entsprechen, da der Antragsgegnerin aufgrund der Expertengespräche und der mündlichen Verhandlung bekannt war, dass die Schiedsperson dem Schiedsspruch ein Vollversorgungsvertrag zugrunde legen würde, so dass sie über Monate hinweg die Möglichkeit gehabt hat, neben dem von ihr vorgelegten Vertragsentwurf, der bereits einem Vollversorgungsvertrag entspricht, noch einen weiteren Vollversorgungsvertrag im Entwurf vorzulegen, wenn sie dies denn als erforderlich angesehen hätte.

VI. Der von der Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt entspricht den gesetzlichen Anforderungen an eine HzV und führt zu einer Verbesserung der hausärztlichen Versorgung der Versicherten im Verhältnis zur hausärztlichen Regelversorgung.

### **1. Inhaltliche Voraussetzungen der HzV**

§ 73b Abs. 2 SGB V legt die inhaltlichen Voraussetzungen fest, die erfüllt sein müssen, damit aus einer hausärztlichen Versorgung eine besondere hausärztliche (hausarztzentrierte) Versorgung wird. Neben diesen Voraussetzungen führt das Gesetz einen weiteren qualitativen Gesichtspunkt ein, indem es bestimmt, dass die Anforderungen bei der HzV insgesamt über diejenigen qualitativen Anforderungen hinausgehen müssen, die sich aus den Richtlinien des G-BA sowie aus den Bundesmantelverträgen ergeben. Durch die Erfüllung dieser Anforderungen soll eine Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht werden und sollen sich Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen lassen (Begründung des Gesetzentwurfs zum GKV-WSG, BT-Drucks. 16/3100, S. 112, Zu Nr. 45). Danach sind in der HzV folgende Anforderungen zu erfüllen:

Nr. 1: Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,

Nr. 2: Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenz-basierten, praxiserprobten Leitlinien,

Nr. 3: Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie

patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie,

Nr. 4: Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

## **2. Verpflichtungen der Hausärzte in der HzV**

Der festgelegte Vertragsinhalt geht über diese qualitativen Anforderungen hinaus. Für die an der HzV teilnehmenden Hausärzte ergeben sich zahlreiche Verpflichtungen, wie sie zum erheblichen Teil in der Regelversorgung nicht gelten. Dazu gehören gem. § 3 Abs. 2 – 5 des HzV-Vertrages die Verpflichtung zur/zum

- Konsequente Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien und Integration von krankheitsbezogenen Behandlungspfaden (DEGAM-Leitlinien);
- Teilnahme an mindestens drei strukturierten Qualitätszirkeln je Kalenderjahr zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren;
- Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich insbesondere auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie und Pädiatrie;
- Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements;
- Überweisung von HzV-Versicherten an Fachärzte unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Durchführung der dem Hausarzt möglichen und notwendigen hausärztlichen Abklärung sowie die aktive Unterstützung der Vermittlung von zeitnahen Facharztterminen bei durch den Hausarzt veranlassten Überweisungen in dringenden Fällen;
- Sammlung, Dokumentation und Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten vorliegenden Befunde im Rahmen von Überweisungen an den Facharzt und bei stationären Einweisungen;
- Prüfung und Entscheidung, ob vor der Einweisung eines HzV-Versicherten in die stationäre Krankenhausbehandlung ein ambulant tätiger Facharzt einzuschalten ist (ambulant vor stationär);

- Wahrnehmung der Koordinationsfunktion des Hausarztes zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Förderung ambulanter Operationen unter gezielter Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen;
- Abstempeln eines Bonusheftes, sofern Leistungen betroffen sind, die vom Hausarzt erbracht wurden, im zeitnahen Zusammenhang mit der Erbringung;
- sorgfältigen Leistungsdokumentation und Übermittlung der Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und Anwendung der geltenden Kodierrichtlinien;
- zeitnahen Übermittlung der zur Durchführung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlichen schriftlichen Informationen und Auskünfte;
- Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach den §§ 12 und 70 SGB V;
- Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Internetanbindung in der Praxis (DSL <empfohlen> oder ISDN), sobald eine bezüglich des technischen Verfahrens zur Datenübermittlung einschlägige bundesweite Regelung getroffen worden ist;
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/ Praxis-Softwaresystem);
- Ausstattung mit einem Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät).

### **3. Teilnahmevoraussetzungen für Hausärzte**

Hervorzuheben sind die folgenden Anforderungen des durch Schiedsspruch festgesetzten HzV-Vertrages. In ihm werden – über die hausärztliche Regelversorgung hinausgehende - konkrete Voraussetzungen und Verpflichtungen festgelegt, die es auch den Krankenkassen ermöglichen, das Leistungsgeschehen besser zu kontrollieren und zu steuern. Höhere Anforderungen als in der hausärztlichen Regelversorgung gelten zum einen für die apparative Ausstattung der Praxen, zum anderen für die inhaltlichen Voraussetzungen für die Teilnahme an der HzV und schließlich auch für die Dienstleistungsangebote für die Versicherten.

Als Teilnahmevoraussetzung an der HzV muss der Hausarzt nach dem HzV-Vertrag über eine apparative Mindestausstattung verfügen. Diese besteht aus

- Blutdruckmessgerät,
- Blutzuckermessgerät,
- EKG,
- Spirometer mit FEV1-Bestimmung.

#### **4. Erfüllung zusätzlicher qualitativer Anforderungen an die Leistungserbringung**

Der Hausarzt hat nach § 3 Abs. 2 Buchst. c HzV-Vertrag die Berechtigung zur Erbringung folgender Leistungen nachzuweisen:

- Zur Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation;
- zur Erbringung psychosomatischer Leistungen;
- Fortbildung „Geriatrisches Assessment“ .

Gerade diese Leistungsbereiche gewinnen in der Primärversorgung durch den Hausarzt zunehmend an Bedeutung. Nach dem „Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Gesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland“ (Stand: 11.3.2008) weist die demographische Entwicklung bis zum Jahr 2020 eine deutliche Steigerung des Anteils der über 65-jährigen bzw. der über 80-jährigen Bürgerinnen und Bürger auf, die eine Sicherstellung und Verbesserung der hausärztlichen Versorgung erforderlich machen, da erfahrungsgemäß die über 65-jährigen bzw. die über 80-jährigen Personen die Patientengruppen mit den höchsten Kontaktzahlen in der hausärztlichen Versorgung sind.

Mit der geforderten Qualifizierung in der Fortbildung der „Geriatrisches Assessment“ wird der aufgezeigten Entwicklung Rechnung getragen, dass gerade Hausärzte in zunehmendem Maße die entscheidende Anlaufstelle für die medizinische Versorgung älterer Menschen sind. Die Berechtigung zur Durchführung bzw. diejenige zur Verordnung der genannten Leistungen setzt entsprechende Qualifikationen des Hausarztes voraus, die von diesem durch Fortbildung erworben werden können und aufgrund des HzV-Vertrages erworben werden müssen. Im Hinblick auf die zeitliche Inanspruchnahme durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen war eine Übergangsfrist bis 31. Dezember 2012 einzuräumen.

Entsprechend erforderlich ist die Weiterbildung des Hausarztes im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung. Nach einer Pressemeldung der Bertelsmann-Stiftung vom 4.5.2009 hatten 21% der deutschen Bevölkerung in den vergangenen 12 Monaten wegen psychischer Probleme einen Arzt oder Psychotherapeuten aufgesucht. Grundsätzlich ist nach diesen Angaben der Hausarzt für 87% der Patienten der erste Ansprechpartner auch bei psychischen Beschwerden. Diese Angaben zeigen auf, dass eine Qualifizierung des Hausarztes in der psychosomatischen Grundversorgung dringend geboten ist.

#### **5. Verbesserung der Versorgung von sterbenden Versicherten**

Der HzV-Vertrag ist insbesondere auch geeignet, die Versorgung gerade von sterbenden Versicherten zu verbessern. Das betrifft das Modul „Palliativ“, mit dem die palliativmedizinische Versorgung sterbender Versicherter gefördert wird.

Die von der Antragsgegnerin schriftsätzlich vorgetragene Auffassung, die palliativmedizinische Versorgung von Patienten sei durch den Gesetzgeber bereits in der spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen Versorgung (SAPV) vorgesehen und daher nicht Bestandteil eines Vertrages zur besonderen hausarztzentrierten Versorgung, widerspricht zum einen der gesetzlichen Regelung des § 73b Abs. 2 Nr. 3 SGB V, die als ein Ziel der HzV die Fortbildung in der Palliativmedizin vorgibt (vgl. dazu auch Begr. Gesetzentw. GMG, BT-Drucks. 15/1525, S. 97, Zu Nr. 49 - § 73b), und verkennt zum anderen die Ausgestaltung der palliativmedizinischen Versorgung von GKV-Versicherten in der Bundesrepublik Deutschland. Für einen bestimmten, eng begrenzten Patientenkreis wird die palliativmedizinische Versorgung durch die SAPV gem. §§ 37b, 132d SGB V sichergestellt (vgl. dazu im Einzelnen: Engelmann, (Rechts-)Grundlagen und Grundfragen der palliativmedizinischen Versorgung, GesR 2010, S. 577 ff.). Die SAPV, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Regelversorgung ist, greift nur und erst dann ein, wenn anderweitige ambulante Versorgungsformen – etwa im Rahmen einer allgemeinen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung (AAPV) – nicht mehr ausreichen (s. § 4 Satz 1 der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgungs-Richtlinie des G-BA). Die AAPV richtet sich an jene Patienten, bei denen sich das Lebensende abzeichnet (Lebenserwartung in Tagen, Wochen, Monaten) und deren ausgeprägtes Leiden einen regelmäßigen und hohen Zeitaufwand in der pflegerischen, ärztlichen, psychosozialen und spirituellen Betreuung sowie in der Kommunikation mit ihnen und ihren Angehörigen erfordert.

Allgemein bekannt ist, dass nur ca. 10 % der Patienten, die einer palliativmedizinischen Versorgung bedürfen, in der SAPV versorgt werden, 90 % hingegen in der zur vertragsärztlichen Regelversorgung gehörenden, bedauerlicherweise nicht ausdrücklich geregelten AAPV, die typischerweise von Hausärzten und Pflegediensten geleistet wird. Für Leistungen der AAPV ist in der Regelversorgung eine gesonderte Vergütung nicht vorgesehen. Im Bereich der KÄV Bayerns haben die Krankenkassen die vertraglich vereinbarte Sonderförderung bestimmter Leistungen, zu denen auch solche der AAPV gehörten, zum 31. Dezember 2011 gekündigt.

Vor diesem Hintergrund ist es besonders sinnvoll, in der HzV finanzielle Anreize für solche Hausärzte zu setzen, die Leistungen der AAPV erbringen. Dies dient vor allem und in erster Linie einer besseren Versorgung schwerstkranker und sterbender Patienten, die durch eine ambulante palliativmedizinische Versorgung die Möglichkeit erhalten, im häuslichen bzw. vertrauten Umfeld zu sterben. Sie vermeidet zudem im Einzelfall auch die Entstehung höherer Kosten für die Krankenkassen durch ansonsten oftmals erforderliche Krankenhauseinweisungen.



## **6. Verbesserung der Arzneimitteltherapie bei multimorbiden Versicherten**

Ein ähnlicher Handlungsbedarf findet sich auch bei der medikamentösen Versorgung multimorbider Patienten, die regelmäßig bei einer Mehrzahl von Ärzten in Behandlung stehen und denen ggf. eine Reihe unterschiedlicher Medikamente verschrieben werden, die das Risiko unerwünschter Neben- und Wechselwirkungen wachsen lassen. Das Problem der Polypharmazie - nach der Definition der WHO wird davon ab der Einnahme von 6 Medikamenten gesprochen - insbesondere bei älteren Patienten ist allgemein bekannt. Hier setzt einerseits die Aufgabe des Hausarztes, andererseits die Leistung „Arzneimitteltherapieoptimierung“ an. Sie soll Anreize dazu geben und es dem HzV-Arzt ermöglichen, entsprechende Beratungsgespräche zur Arzneimitteltherapieoptimierung zu führen. Dies kann – als Nebeneffekt – im Einzelfall auch eine gewisse Reduzierung der Arzneimittelkosten nach sich ziehen, bleibt aber unabhängig davon eine wichtige Aufgabe einer besonderen hausärztlicher Versorgung.

## **7. Verpflichtung des HzV-Hausarztes zur Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen**

Weiterhin ist der an der HzV teilnehmende Hausarzt gem. § 3 Abs. 2 Buchst. d HzV-Vertrag verpflichtet, an allen hausärztlich relevanten strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) der Krankenkasse gemäß § 137f SGB V teilzunehmen. Dabei handelt es sich nicht nur um eine formale Verpflichtung durch Registrierung; gefordert wird vielmehr eine aktive Teilnahme an allen hausärztlich relevanten DMP der Antragsgegnerin. Aktive Teilnahme des HzV-Hausarztes bedeutet nach Anlage 2 V des HzV-Vertrages, dass er die HzV-Versicherten über diese Programme zu informieren und sie zur Teilnahme an diesen Programmen zu motivieren hat.

Die Teilnahme von Versicherten an den DMP bringt für die Antragsgegnerin dadurch positive Kosteneffekte, dass sie bei in DMP eingeschriebenen Versicherten höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond erhält als bei vergleichbaren, nicht eingeschriebenen Versicherten. Langfristig ergeben sich auch positive Kosteneffekte dadurch, dass durch die qualifizierte Behandlung der Versicherten in den DMP teure Folgekosten verhindert bzw. der Zeitpunkt, in dem diese anfallen, hinausgezögert wird.

Die Teilnahme an den DMP führt nach der u. a. im Auftrag des AOK-Bundesverbandes durch das AQUA-Institut Göttingen durchgeführten ELSID-Studie (Evaluation of a Large Scale Implementation of Disease Management Programmes), in der ein Vergleich von DMP-versorgten Diabetikern mit den in der Regelversorgung behandelten Diabetikern vorgenommen wurde, zu einer Verbesserung der Versorgung der Patienten (vgl. Universitätsklinikum Heidelberg, Newsletter Ausgabe 3/2008: Besser versorgt im

strukturierten Behandlungsprogramm <DMP>: Qualitätsbeurteilung aus Patientensicht, m.w.N). Dass eine Verbesserung der Gesundheit von chronisch kranken Versicherten durch die Teilnahme an den DMP erfolgt, wird auch durch den Qualitätsbericht 2010 – Disease Management Programme in Bayern - bestätigt, in dem aufgezeigt wird, dass sich die Behandlung der Versicherten, die an DMP teilnehmen, verbessert hat, auch wenn insoweit noch Verbesserungsmöglichkeiten bestehen.

Es ist daher im Hinblick auf eine Steigerung der Versorgungsqualität geboten, Hausärzte, die an der HzV teilnehmen wollen, zur Teilnahme an den DMP zu verpflichten, auch wenn dies notwendige Umstrukturierungen in den Praxen und zeitlichen und personellen Mehraufwand zur Folge haben kann (vgl. Szecsenyi, Ergebnisse der ELSID-Studie – Vergleich von DMP und Regelversorgung, S. 52).

### **8. Verpflichtung zur Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie**

In dem HzV-Vertrag ist für den HzV-Hausarzt die Teilnahme an 3 strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren pro Jahr verbindlich vorgeschrieben. Damit wird der im § 73b Abs. 2 Nr. 1 SGB V aufgestellten Voraussetzung entsprochen und der Problematik Rechnung getragen, dass gerade die Arzneimittelversorgung der Patienten im hausärztlichen Bereich einen erheblichen Faktor der Verordnungskosten in der GKV darstellt. Die verpflichtende Teilnahme an den Qualitätszirkeln dient u.a. der Schaffung eines Problembewusstseins bei der Verordnung von Arzneimittel und der Überprüfung der eigenen, bisher praktizierten Verordnungsweise anhand entsprechender Leitlinien.

Auch dieses Instrument wird langfristig eine Verbesserung der Versorgungsqualität nach sich ziehen.

### **9. Unterstützung der Versorgungssteuerung durch die Krankenkasse**

Im Zusammenhang mit einer besseren Steuerung der Versorgung bei den veranlassten Leistungen steht auch die Verpflichtung des Hausarztes im HzV-Vertrag zur Vornahme eines wirtschaftlichen Hilfsmittelmanagements im Rahmen seiner Therapiefreiheit und seiner ärztlichen Verantwortung, bei dem gemäß einer noch zu vereinbarenden Anlage grundsätzlich eine Verordnung von Verbrauchshilfsmitteln nur für ein Quartal erfolgen soll. Bei wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln besteht grundsätzlich eine Verpflichtung des Hausarztes zur Weitergabe des Rezeptes an die Krankenkasse bzw. an deren Dienstleister (§ 3 Abs. 5 Buchst. G Vertrag).

Der aktiven Unterstützung der Versorgungssteuerung durch die Krankenkasse dient ebenfalls die Verpflichtung des Hausarztes zur frühzeitigen Kontaktaufnahme und Rücksprache mit der Krankenkasse insbesondere bei längerfristiger Arbeitsunfähigkeit von Versicherten oder längerfristiger häuslicher Krankenpflege (§ 3 Abs. 5 Buchst. H des Vertrages).

### **10. Verbesserung des Dienstleistungsangebotes**

Der HzV-Vertrag wirkt zugleich auf eine Verbesserung des Dienstleistungsangebotes der hausärztlichen Praxen für die Patienten hin. Danach muss der HzV-Hausarzt im Rahmen der HzV eine Sprechstunde in der Regel von Montag bis Freitag mit Ausnahme gesetzlicher Feiertage in Bayern sowie eine Früh- oder Abendterminsprechstunde pro Woche für berufstätige HzV-Versicherte ab 7:00 Uhr oder bis mindestens 20:00 Uhr oder eine Samstagsterminsprechstunde pro Woche für berufstätige HzV-Versicherte anbieten.

Er ist zudem verpflichtet, die Wartezeit für HzV-Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen auf möglichst maximal 30 Minuten (Notfälle sind bevorzugt zu behandeln) zu begrenzen und eine taggleiche Behandlung bei akuten Fällen sicherzustellen (§ 3 Abs. 4 Buchst. a, b HzV-Vertrag).

### **11. Vergütungssystematik**

Die Vergütungssystematik des HzV-Vertrages in Anlage 3 wird wesentlich dadurch bestimmt, dass sie eine weitgehende Pauschalierung der Leistungstatbestände vorsieht. Soweit Einzelleistungen vorgesehen sind, handelt es sich um solche, die entweder anlassbezogen bzw. genau umschrieben und damit nicht beliebig ausweitbar sind. Die Vergütungssystematik wirkt damit Tendenzen zur Leistungsmengenausweitung entgegen, die sich zwar wegen der begrenzten Honorarvergütung nicht unmittelbar auf die Vergütungsverpflichtung der Antragsgegnerin auswirken würden, die aber dennoch nicht erwünscht sind.

Auf dieser Linie liegen auch die gesetzlichen Vorgaben für die Vergütung in der hausärztlichen Regelversorgung. Nach der durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 geänderten Vorschrift des § 87 Abs. 2b Sätze 1 und 2 SGB V sollen die im EBM aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung als Versichertenpauschalen abgebildet werden. Mit den Pauschalen sollen die gesamten im Abrechnungszeitraum regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten erbrachten Leistungen einschließlich der anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen vergütet werden. Diese Vorgaben werden bereits jetzt in dem HzV-Vertrag umgesetzt.

Entgegen den von der Schiedsperson früher durch Schiedsspruch festgesetzten HzV-Verträgen enthält die Vergütungsanlage dieses HzV-Vertrages keine kontaktunabhängige Pauschale mehr. Es ist nicht auszuschließen, dass eine kontaktunabhängige Pauschale, wie sie auch in dem HzV-Altvertrag zwischen den Verfahrensbeteiligten enthalten war, Anreizwirkung dafür gesetzt hat, auch solche Versicherten – zum Beispiel Kinder und Jugendliche – in den HzV-Altvertrag einschreiben zu lassen, bei denen von vornherein feststand, dass der wesentliche Teil der medizinischen Betreuung nicht durch den HzV-Hausarzt, sondern etwa durch den Kinderarzt vorgenommen werden würde.

Auch sind in der Vergütungsanlage 3 einige zunächst von dem Antragsteller geforderten Zuschlagsleistungen gestrichen bzw. – wie bei der Leistungen für die VERAH - in kontaktabhängige Leistungen umgewandelt worden.

In der kontaktabhängigen Grundpauschale P 2 sind zahlreiche Einzelleistungen enthalten, die nicht mehr gesondert vergütet werden (vgl. dazu den EBM-Ziffernkranz in Anhang 1 der Anlage 3). Im Hinblick auf diese weitgehende Pauschalierung der Leistungen ist die Höhe der Grundpauschale mit € 40,00 als sachgerecht angesehen worden.

Die HzV konzentriert sich nicht ausschließlich auf die Behandlung von Versicherten mit chronischen Erkrankungen, da sie auch eine Reihe von Leistungen enthält, die außerhalb der Behandlung von chronischen Erkrankungen anfallen. Dennoch liegt ein gewisses Schwergewicht auf der Behandlung von Versicherten mit chronischen Erkrankungen. Dies wird durch die gestaffelten Zuschläge für den erhöhten Betreuungsaufwand bei der Behandlung solcher chronischer Erkrankungen verdeutlicht, die in Anhang 2 der Anlage 3 definiert sind. Die Zuschläge für den erhöhten Betreuungsaufwand insbesondere bei Versicherten mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen setzt finanzielle Anreize für die Behandlung solcher Versicherten. Die Anreize sollen eine Konzentration auf die zeitintensive Behandlung multimorbider chronisch kranker Versicherter sicherstellen und die Behandlungsintensität ggf. verbessern. Es geht hier darum, die Effizienz der medizinischen Behandlung zu steigern. Gerade bei multimorbiden Versicherten können durch eine rechtzeitige qualifizierte Behandlung langfristig Folgeerkrankungen und damit auch Folgekosten verhindert bzw. verringert werden. Dies liegt auch im Interesse der jeweiligen Krankenkasse.

Der Katalog der chronischen Erkrankungen (Anhang 2 der Anlage 3) schließt an den des HzV-Vertrages der Techniker Krankenkasse und der HzV-Verträge, die zahlreiche Betriebskrankenkassen mit dem Antragsteller geschlossen haben, an. Er ist umfassender als

der Katalog der Erkrankungen, den die Schiedsperson in früheren Schiedssprüchen festgelegt hat. Er bezieht 24 Erkrankungen mit ein und bildet damit die Versorgungsnotwendigkeiten besser ab, als dies bei einer Reduzierung auf wenige chronische Erkrankungen der Fall gewesen wäre. Darunter fallen auch Krankheitsbilder, die nicht zum typischen Leistungsumfang der Behandlung in einer hausärztlichen Praxis gehören, die aber vergütungstechnisch insoweit von Bedeutung sind, als dem Hausarzt eine Koordinationsfunktion zukommt und die Behandlung von Versicherten mit solchen Erkrankungen einen erhöhten Betreuungsaufwand nach sich zieht.

## **12. Einsparungen bei Arzneimittelversorgung**

Nach übereinstimmender Auffassung beider Verfahrensbeteiligter sind, wie in der mündlichen Verhandlung ausführlich erörtert worden ist, Einsparungen bei der Arzneimittelversorgung der Versicherten der Antragsgegnerin in einen mehrstelligen Millionenbetrag möglich, ohne die Qualität der Versorgung zu verringern. Über die Umsetzung dieser Einsparungen durch die Übernahme des von der AOK Baden-Württemberg in Zusammenarbeit mit den dortigen Hausarztgemeinschaften entwickelten Arzneimitteltools konnten sich die Beteiligten jedoch nicht verständigen, da dies die Einführung auch der damit zusammenhängenden Software bedeutet hätte. Die Antragsgegnerin wollte demgegenüber die Anbindung der Software über die vom AOK-Bundesverband entwickelte sog. gevko-Schnittstelle erreichen, über die sowohl Kollektiv- als auch Selektivverträge direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden können. Deren Einsatz, der in der Ärzteschaft umstritten ist (vgl. dazu etwa Kossow, Krankenkassen wollen Zugriff auf den Praxis-PC, Medical Tribune vom 2. März 2012, S. 18), lehnte der Antragsteller wiederum ab.

Die Schiedsperson sah sich nicht als berechtigt an, den Verfahrensbeteiligten den Einsatz der einen oder der anderen Software vorzuschreiben, da die technische Umsetzung von HzV-Verträgen in diesem Bereich nicht unmittelbarer Bestandteil der HzV ist. Da aber Einigkeit bestand, dass die erzielbaren Einsparungen in der Arzneimittelversorgung auch umgesetzt werden sollten, sind die Verfahrensbeteiligten verpflichtet worden, eine entsprechende Zielvereinbarung über die Arzneimittelversorgung abzuschließen, aufgrund derer die vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben werden können.

## **13. Einschreibung von Versicherten unter 18 Jahren**

Die Antragsgegnerin forderte eine Beschränkung des HzV-Vertrages auf Versicherte ab dem 18. Lebensjahr. Sie begründet dies mit dem Hinweis auf den von ihr mit den Kinderärzten in

Bayern geschlossenen Vertrag, durch den eine umfassende Betreuung von Kindern und Jugendlichen gewährleistet sei. Dem war nicht zu folgen. Die gesetzliche Regelung in § 73b SGB V sieht den Ausschluss bestimmter Versichertengruppen nicht vor. Ungeachtet dessen kann auch die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen in den HzV-Vertrag sinnvoll sein, wenn eine spezialärztliche Betreuung durch Kinderärzte nicht geboten ist. Gerade in einem Flächenstaat wie Bayern mit ländlich strukturierten Gebieten wird die allgemeine ärztliche Betreuung von Kindern regelhaft auch von Hausärzten mit übernommen. Anreize, Kinder und Jugendliche vermehrt in den HzV-Vertrag einzuschreiben zu lassen, bestehen nach dem Wegfall der kontaktunabhängigen Pauschale ohnehin nicht mehr.

## **VII. Einschreibung von Versicherten und Ärzten in den HzV-Vertrag**

Einer der entscheidenden Fragen insbesondere für die Antragsgegnerin war, ob die bisher in den HzV-Altvertrag eingeschriebenen Versicherten in den neuen HzV-Vertrag übernommen werden oder ob eine Neueinschreibung der Versicherten geboten und ggf. erforderlich ist. Nach den Vorstellungen des Antragstellers hingegen sollten die in dem HzV-Altvertrag eingeschriebenen Versicherten in den Neuvertrag überführt bzw. jedenfalls – im Wege eines Kompromissvorschlages – diejenigen Versicherten, die das 60. Lebensjahr erreicht hatten, eingeschrieben bleiben.

Zwar ist grundsätzlich die Übernahme des alten Versichertenbestandes in den Anschlussvertrag rechtlich zulässig, insbesondere wenn sie, wie bei dem von der Technikerkrankenkasse mit dem Antragsteller in Bayern abgeschlossenen HzV-Vertrag, so ausgestaltet ist, dass die Versicherten ihrer Teilnahme an dem HzV-Vertrag, die für sie gemäß § 73b Abs. 3 Satz 3 SGB V die Bindung an die Wahl des Hausarztes für ein Jahr bedeutet, widersprechen können. Die Schiedsperson hat sich dennoch in Ausübung ihres billigen Ermessens aus folgenden Gründen für eine Neueinschreibung der Versicherten in den durch Schiedsspruch festgesetzten HzV-Vertrag entschieden.

In dem HzV-Altvertrag zwischen den Beteiligten waren knapp 2,6 Millionen Versicherte der insgesamt ca. 4,3 Million Versicherten der Antragsgegnerin eingeschrieben. Damit lag eine außerordentlich hohe Einschreibungsquote von ca. 60 % der Versicherten der Antragsgegnerin vor, die deutlich die Einschreibungsquoten bei anderen – ebenfalls länger laufenden – HzV-Verträgen wie etwa dem HzV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg, in den etwa ein Drittel der Versicherten der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben ist, überschritt. Dieser hohe Einschreibungsstand beruhte zum einen darauf, dass in den HzV-Altvertrag der frühere hausärztliche IV-Vertrag der Antragsgegnerin überführt worden ist und diese zudem bei ihren Versicherten finanzielle Anreize für den Zugang zum HzV-Altvertrag

durch den Erlass der Praxisgebühr gesetzt hatte. Nicht völlig auszuschließen ist auch, dass die Einschreibung von Versicherten in den HzV-Altvertrag von einigen HzV-Hausärzten möglicherweise nur deshalb befördert worden ist, um im Zusammenhang mit der kontaktunabhängigen Pauschale eine möglichst hohe HzV-Vergütung zu erlangen. Diese hohe Einschreibungsquote verbunden mit dem hohen Vergütungssatz für HzV-Leistungen führte bei der Antragsgegnerin zu – gerade auch im Verhältnis zu ihren Mitbewerbern auf dem GKV-Gesundheitsmarkt – erheblichen Mehrbelastungen aus der HzV, die nicht mehr zu rechtfertigen waren. Diese Mehrbelastungen mussten daher im neuen HzV-Vertrag reduziert werden. Eine Möglichkeit dazu ist gewesen, nicht den Altbestand der Versicherten aus dem HzV-Altvertrag für den neuen HzV-Vertrag zu übernehmen, sondern sich die Versicherten in den neuen HzV-Vertrag neu einschreiben zu lassen. Dementsprechend hat die Schiedsperson eine Neueinschreibung der Versicherten – und damit verbunden auch eine Neueinschreibung der Hausärzte – festgelegt.

Die Zielvorstellung beider Verfahrensbeteiligter geht dahin, dass eine Einschreibung von ca. 1,5 Millionen – und damit knapp einem Drittel der Versicherten der Antragsgegnerin – anzustreben sei. Die Einschreibung sollte danach in erster Linie chronisch erkrankte Versicherte erfassen, ist aber nicht auf diesen Versichertenkreis beschränkt, da im HzV-Vertrag zahlreiche Leistungen wie etwa die zur Prävention gerade auch für nicht chronisch erkrankte Versicherte angeboten werden.

Der von der Antragsgegnerin zur Einschreibung von Ärzten in den HzV-Vertrag vertretenen Auffassung, allein Allgemeinärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin) seien zur Einschreibung in den HzV-Vertrag berechtigt, ist die Schiedsperson nicht gefolgt. Diese Auffassung kann insbesondere nicht aus § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V abgeleitet werden, wonach für die Erfüllung des Quorums auf die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung abgestellt wird. Die Qualifikation als Allgemeinarzt wird ausschließlich für die Erfüllung des Quorums gefordert, ist aber nicht Bedingung für eine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung, an der neben den Allgemeinärzten auch praktische Ärzte und Internisten teilnehmen, und damit auch nicht Voraussetzung für eine Teilnahme an der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 73b Abs. 1 SGB V.

Entgegen den Forderungen der Antragsgegnerin war das Einschreibungsverfahren nicht in der Weise auszugestalten, dass die Einschreibung der Versicherten über die Antragsgegnerin direkt zu erfolgen hat. Die Einschreibung kann unter den Voraussetzungen des § 6 HzV-Vertrag in der Hausarztpraxis vorgenommen werden. Dabei hat die

Schiedsperson berücksichtigt, dass zwischen Hausarzt und Patienten in der Regel ein ausgeprägtes Vertrauensverhältnis besteht, weshalb der Hausarzt auch der geeignete und qualifizierte Ansprechpartner für die Frage einer Einschreibung von Patienten in den HzV-Vertrag ist. Darüber hinaus erfolgt die Einschreibung auch bei den anderen HzV-Verträgen, die für Bayern vereinbart bzw. durch Schiedsspruch festgesetzt worden sind, über die Hausarztpraxen. Die Rechtsstellung der Antragsgegnerin bleibt dadurch gewahrt, dass sie gemäß Anlage 4 (Prozessbeschreibung Teilnahme des Hausarztes an der HzV und Teilnahme von HzV-Versicherten) prüft, ob die Voraussetzungen für die Teilnahme von Versicherten an der HzV vorliegen, und berechtigt ist, die Teilnahme von Versicherten an der HzV abzulehnen.

### **VIII. Finanzielle Auswirkungen des HzV-Vertrages**

Der HzV-Altvertrag zwischen den Beteiligten war durch die hohe Einschreibungszahl von knapp 2,6 Millionen Versicherten und verbunden damit durch außerordentlich hohe Leistungsausgaben der Antragsgegnerin im Jahr 2010 für HzV-Leistungen in Höhe von ca. 400 Millionen € geprägt. Es ist nachzuvollziehen, dass die Antragsgegnerin für einen neu festzusetzenden HzV-Vertrag ein unkalkulierbares Kostenrisiko nicht mehr eingehen wollte. Während der mündlichen Verhandlungen haben die Beteiligten intensiv über die Auswirkungen verschiedener Honorarvergütungsmodelle gestritten, ohne dass auch nur im Ansatz ein Einverständnis über die Auswirkungen der unterschiedlichen Modelle hätte erzielt werden können. Erforderlich war daher nach Ansicht der Schiedsperson eine Regelung, die das finanzielle Risiko der Antragsgegnerin aus dem HzV-Vertrag begrenzt.

Da nach Auffassung der Schiedsperson eine Beschränkung des Zugangs der Versicherten zur HzV auf einen bestimmten Prozentsatz der Versicherten rechtlich nicht zulässig war, hat sich die Schiedsperson dazu entschlossen, das von der Antragsgegnerin an die HzV-Hausärzte zu leistende Honorar auf ein Höchstvolumen von 70 Millionen € pro Jahr zu begrenzen. Dabei ist ausdrücklich festgelegt worden, dass weitergehende Vergütungsansprüche der HzV-Hausärzte nicht bestehen. Mit dieser Honorarbegrenzung ist einem zentralen Anliegen der Antragsgegnerin Rechnung getragen worden. Sie ist nunmehr in der Lage, ihre Haushalte mit einem feststehenden Vergütungsbetrag für die HzV zu kalkulieren. Unkalkulierbare Kostenrisiken z.B. aufgrund einer erhöhten Anzahl von Versicherteneinschreibungen oder einer Leistungsmengenausweitung durch die HzV-Hausärzte können für die Antragsgegnerin damit nicht mehr auftreten.



Da der festgelegte HzV-Vertrag erst ab dem 3. Quartal 2012 finanzwirksam wird, entfällt auf das Jahr 2012 ein Betrag von 35 Millionen €, der gleichmäßig auf die beiden Quartale des Jahres 2012 zu verteilen ist. Für das Folgejahr steht ein Betrag von 70 Millionen € zur Verfügung, der ebenfalls gleichmäßig auf die vier Quartale des Jahres 2013 aufzuteilen ist. Für die beiden Quartale des Jahres 2012 ist eine Übertragung eines eventuellen Restbetrages aus einem Quartal auf das nächste Quartal nicht zulässig. In diesen Quartalen ist nach Einschätzung der Beteiligten davon auszugehen, dass eine Einschreibung einer erheblichen Zahl von Versicherten und insbesondere die angestrebte Einschreibung Zahlen von 1,5 Million Versicherten noch nicht erreicht würde. Die Zulassung einer Budgetübertragung bereits für diese Quartale hätte damit unter Umständen außerordentlich hohe Fallwerte zur Folge, die aufgrund der besonderen Situation in diesen Quartalen nicht dem Behandlungsaufwand entsprochen hätten. Für die Quartale ab dem 1. Quartal 2013 ist eine Budgetübertragung zugelassen worden. Damit soll den Gegebenheiten in der Versorgung der Versicherten Rechnung getragen werden, die sich dadurch auszeichnen, dass in bestimmten Quartalen, insbesondere dem 1. und 4. Quartal, typischerweise mehr Leistungen anfallen, während in anderen Quartalen, insbesondere im 3. Quartal, der Behandlungsaufwand und damit auch der Umfang der Leistungen geringer ist.

Die Einhaltung des jeweiligen Quartalsbudgets von 17,5 Millionen € wird dadurch gewährleistet, dass für den Fall, dass im Abrechnungsquartal die abgerechnete HzV-Quartalsvergütung der HzV-Hausärzte das jeweilige HzV-Quartalsbudget überschreitet, die HzV-Quartalsvergütung der HzV-Hausärzte durch den Antragssteller bzw. seine Dienstleistungsgesellschaft im Rahmen der Quartalsabrechnung für das aktuelle Abrechnungsquartal so abgesenkt wird, dass das HzV-Quartalsbudget nicht mehr überschritten wird.

Die Begrenzung der HzV-Honorare auf 70 Millionen € jährlich führt zu keiner finanziellen Überforderung der Antragsgegnerin und könnte insbesondere nicht die Erhebung eines Zusatzbeitrages rechtfertigen. Wie den von der Schiedsperson angeforderten Auszügen aus den Haushaltspläne der Antragsgegnerin zu entnehmen ist, hatte sie für die HzV im Jahr 2012 den Betrag von 55 Millionen € veranschlagt, wobei dem Ansatz die Annahme eines Add-on-Vertrages mit einem im Verhältnis zum HzV-Vollversorgungsvertrag niedrigeren Leistungsangebot zugrunde lag. Vor diesem Hintergrund ist es gerechtfertigt, für die HzV-Vollversorgung einen Betrag von 70 Million € jährlich anzusetzen. Wie bereits ausgeführt, kann im Jahr 2012 für HzV-Leistungen allenfalls ein Betrag in Höhe von 35 Millionen € anfallen. Nach der übereinstimmenden Einschätzung der Beteiligten dürfte wegen der erforderlichen Neueinschreibung der Versicherten der Betrag in dieser Höhe aller

Voraussicht nach nicht ausgeschöpft werden, so dass die Antragsgegnerin im Jahr 2012 gegenüber ihrem Haushaltsansatz weitere Einsparungen erzielen wird.

Im Verhältnis zu dem Honorarvolumen in Höhe von ca. 400 Millionen €, das die Antragsgegnerin im Jahr 2010 zusätzlich aus der HzV an die HzV-Hausärzte geleistet hat, könnte der Betrag von 70 Millionen € für die HzV jährlich als geringfügig gewertet werden. Er bedeutet dennoch eine deutliche Verbesserung der Honorare der HzV-Hausärzte pro HzV-Behandlungsfall. Nach den Berechnungen der Antragsgegnerin würde es bei einer eingeschriebenen Zahl von 1,5 Millionen Versicherten und ca. 7000 teilnehmenden HzV-Hausärzten zusätzlich zu dem durchschnittlichen Fallwert bei der Antragsgegnerin in der hausärztlichen Regelversorgung von 63 €/Quartal zu einer Erhöhung des Fallwertes pro Quartal um 11,67 € und damit zu einer nicht unbeträchtlichen Verbesserung der Honorarsituation der teilnehmenden Hausärzte bei der Behandlung von HzV-Versicherten der Antragsgegnerin kommen.

#### **IX. Begrenzung der Kosten für eine nicht vertragskonforme Inanspruchnahme durch Versicherte**

Ein wesentlicher Problempunkt in den Verhandlungen zwischen den Beteiligten war die Begrenzung der Folgekosten aus einem Vollversorgungsvertrag, die sich insbesondere aus einer nicht vertragskonformen Inanspruchnahme (NVI) durch die Versicherten ergeben können. Die Antragsgegnerin hat belegt, dass die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns ihr im Jahr 2010 aus dem HzV-Altvertrag wegen einer NVI ca. 45 Millionen € in Rechnung gestellt hat, die sie zusätzlich zu den Honoraren aus der HzV zu übernehmen hatte. Trotz intensiver Diskussion dieser Fragestellung konnte keine vollständige Einigung darüber erzielt werden, wie diese Kosten der NVI entstanden sind. Angesichts des Umstandes, dass praktisch alle im Bezirk der KÄV Bayerns an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte auch in den HzV-Altvertrag eingeschrieben waren, scheidet eine Verursachung der Kosten durch die Inanspruchnahme von Nicht-HzV-Ärzten im Wesentlichen aus. Daraus könnte zu schließen sein, dass die Kosten der NVI vor allem dadurch entstehen, dass HzV-Versicherte in einem Quartal nicht nur den eigenen HzV-Hausarzt, sondern andere HzV-Hausärzte in Anspruch nehmen, ohne dass sie dies offen legen oder der andere HzV-Hausarzt dies erfragt. Zweifel an dieser These können sich aus dem von dem Antragsteller vorgelegten Schreiben der KÄV Bayerns vom 8. Februar 2012 ergeben, in dem für das 4. Quartal 2010 aufgeschlüsselt wird, dass von den 475.000 NVI-Fällen mit einem Honorarvolumen von 13,8 Millionen € lediglich rund 90.000 Fälle mit einem Honorarvolumen von rund 4,9 Millionen € auf eine „echte“ nicht vertragskonforme Inanspruchnahme zurückzuführen seien.

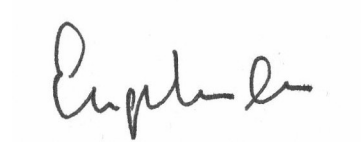
Ungeachtet dieser Unklarheiten besteht ein gemeinsames Interesse der Verfahrensbeteiligten daran, die Kosten für eine NVI so weit wie möglich zu minimieren. Ein gewisses Regulativ gegen eine NVI ist bereits dadurch geschaffen worden, dass die Antragsgegnerin die Befreiung von der Praxisgebühr für die Versicherten, die unter dem HzV-Altvertrag bestanden hat, zurückgenommen hat mit der Folge, dass Versicherte, die - ohne dass eine Ausnahmetatbestand vorliegt - weitere Hausärzte in einem Quartal in Anspruch nehmen, nunmehr jeweils eine Praxisgebühr entrichten müssen. Dies kann einer ausufernden NVI entgegenwirken. Weitere Eingrenzungsmöglichkeiten der NVI entsprechend der Regelung in anderen KÄV-Bezirken, wonach eine Vereinbarung zwischen Krankenkasse und KÄV besteht, aufgrund derer eine unberechtigte weitere Abrechnung eines HzV-Versicherten durch einen anderen HzV-Hausarzt zum Vergütungsausschuss führt, sind erörtert worden, konnten aber in der Kürze der Zeit nicht umgesetzt werden.

Es bleibt daher eine gemeinsame Verpflichtung der Vertragspartner, durch geeignete Maßnahmen auf eine Reduzierung der Kosten der NVI hinzuwirken. Dazu gehört zum einen, dass die Antragsgegnerin gemäß den Vorgaben des § 73b Abs. 3 Satz 3 SGB V geeignete Maßnahmen bei Verstößen ihrer Versicherten im Rahmen der HzV ergreift, zum anderen, dass der Antragsteller seine an der HzV teilnehmenden Mitglieder eindringlich auf ihre Verpflichtung hinweist, abzuklären, ob ein Versicherter bereits bei einem anderen HzV-Hausarzt eingeschrieben ist.

**X.** Dieser Schiedsspruch kann von den Beteiligten vor dem zuständigen Sozialgericht mit der Leistungsklage in der Form der Ersetzungsklage (dazu: (BSG – Urteil vom 25.11.2010 – B 3 KR 1/10 R – BSGE 107, 123 = SozR 4-2500 § 132a Nr. 5, Rn. 30) nach § 73b Abs. 4 in Verbindung mit § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V und § 317 Abs. 1, § 319 Abs. 1 Satz 2 BGB angefochten werden. Eine solche Klage ist nicht gegen die Schiedsperson zu richten (vgl. im Einzelnen: Engelmann in: Prütting <Hrsg.>, Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 2. Aufl. 2012, § 73b Rn. 49 ff.). Dies ist nunmehr ausdrücklich in § 73b Abs. 4a Satz 5 SGB V geregelt, der durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 in die Vorschrift eingefügt worden ist. Dieser Regelung kommt keine Wirkung ex nunc, also erst ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes, zu, da sie nur klarstellt, was nach der gesetzlichen Regelung bereits immer gegolten hat (vgl. dazu die Begr. zum Gesetzentwurf des GKV-VStG – BT-Drucks 17/6906, S. 56, Zu Nr. 13 <§ 73b>: Klarstellung). Klagegegner

sind vielmehr die Vertragspartner des HzV-Vertrages (§ 73b Abs. 4a Satz 5 SGB V). Als Leistungsklage kommt der Klage keine aufschiebende Wirkung zu.

Kassel, den 9. März 2012

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Engelmann', written on a light-colored rectangular background.

Dr. Klaus Engelmann