

Kollektiv- und Selektivvertrag: Zwei Vertragssysteme im Überblick

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ist in den vergangenen Jahren eine Unterscheidung im Vertragsarztrecht entstanden, die es bis dahin in dieser Ausprägung nicht gab. Es wird differenziert zwischen der *kollektivvertraglich* organisierten *vertrags-ärztlichen* Versorgung/Leistungserbringung und der *selektivvertraglich* organisierten *ärztlichen* Versorgung/Leistungserbringung. Diese Termini tauchen zwar im Gesetzestext nicht auf, wohl aber in der Gesetzesbegründung. Sie haben sich so auch in der gesundheitspolitischen Diskussion etabliert.

Bis zum Inkrafttreten des GKV-WSG war die ambulante vertragsärztliche Versorgung im Wesentlichen kollektivvertraglich organisiert. Historisch gesehen war die Forderung nach Kollektivverträgen anstelle von Einzelverträgen der Ärzte mit den Krankenkassen eine der drei Hauptforderungen des 1900 gegründeten Hartmannbundes (neben der nach Einführung der freien Arztwahl und Einzelleistungshonoraren). Erst bei der Neuregelung des Kassenarzteswesens durch die Notverordnung 1931 ist es der Ärzteschaft gelungen, diese Forderung durchzusetzen: Es wurde die Bildung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Pflichtmitgliedschaft und der Abschluss von Gesamt- und Mantelverträgen zwischen KVen und Krankenkassen in einer Neufassung der Reichsversicherungsordnung 1932 geregelt.

Gegenstand der zwischen den KVen und den Landesverbänden der Krankenkassen geschlossenen Gesamtverträge ist die von der KV für ihren Zuständigkeitsbereich zu übernehmende Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und die Gewährleistungspflicht der KV gegenüber den Krankenkassen (§§ 72, 75 SGB V). Als Gegenleistung hierfür zahlen die Krankenkassen für die gesamte ambulante vertragsärztliche Versorgung für alle bei ihnen versicherten Personen an die KV die so genannte Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung, was bedeutet, dass Nachzahlungen in der Regel ausgeschlossen sind (§ 85 SGB V). Diese Gesamtverträge müssen geschlossen werden (§ 83 SGB V). Gelingt dies auf dem Verhandlungswege nicht, setzt das Schiedsamt

den Vertragsinhalt innerhalb von drei Monaten fest, damit so ein vertragsloser Zustand vermieden wird (§ 89 SGB V). Der einzelne Vertragsarzt ist auf Grund seiner Zulassung berechtigt, aber auch verpflichtet, auf der Basis der Gesamtverträge an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Auch für den einzelnen GKV-Versicherten gab es in der Vergangenheit grundsätzlich im System keine Alternative.

An die Seite des Kollektivvertrags tritt nun ein System von selektiven Verträgen. Krankenkassen können mit Anbietern unterschiedlichster Art (in den gesetzlichen Bestimmungen jeweils festgelegt) Verträge abschließen, die von den Bestimmungen des 4. Kapitels des SGB V – das sind die §§ 69 bis 140h – abweichen können. Solche Einzelverträge können die Krankenkassen – nicht nur ihre Landesverbände! – abschließen, um ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V), eine besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V) oder aber eine, verschiedene Leistungssektoren übergreifende bzw. interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung gemäß § 140a ff. SGB V) anzubieten.

Um ihre Versicherten zu motivieren, an solchen Verträgen teilzunehmen, können die Krankenkassen ihnen entsprechende Anreize bieten. Praktische Relevanz hat das neue Selektivvertragswesen unter anderem erlangt durch die Ausschreibung des VdAK/AEV für eine besondere ambulante ärztliche Versorgung im Stadtgebiet und Landkreis Kassel bzw. im Schwalm-Eder-Kreis gemäß § 73c SGB V und durch die der AOK Baden-Württemberg für eine flächendeckende Sicherstellung einer leitlinienorientierten Versorgungssteuerung und eine darauf basierende Verbesserung der Patientenversorgung gemäß § 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung).

Unterschiede der Systeme

Normadressaten

Während sich die gesetzlichen Regelungen zum Kollektivvertrag an die Gesamtvertragspartner (KV und Landesverbände der Krankenkassen) richten und diese zum Vertragsabschluss

verpflichten, wendet sich der Gesetzgeber bei den Einzelvertragsregelungen an die einzelnen Krankenkassen. Diese müssen zur flächendeckenden Sicherstellung ihres Angebotes Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abschließen. Der Abschluss von Verträgen nach § 73c und § 140a ff. SGB V ist den Krankenkassen hingegen freigestellt.

Freiwilligkeit

Unabhängig davon, ob die Krankenkasse zum Abschluss eines Selektivvertrags verpflichtet ist oder nicht, ist die Mitwirkung für die Leistungserbringer bzw. Teilnahme für die Versicherten freiwillig. Auch hierin liegt ein Unterschied zur kollektivvertraglich organisierten Versorgung, an der der zugelassene oder ermächtigte Leistungserbringer teilnehmen muss.

Qualitätssicherung

Die Strukturqualität der kollektivvertraglich erbrachten Leistungen wird durch die Vorgaben des § 135 Abs. 2 SGB V sichergestellt. Daneben sind die bundeseinheitlichen Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und auch zusätzliche Qualitätsanforderungen aus so genannten Strukturverträgen zu beachten. Im Gegensatz dazu werden die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Selektivvertrag selbst geregelt. Die bundeseinheitlichen Vorgaben des G-BA sind als Mindestanforderungen zu berücksichtigen.

Vertragspartner

Während der Kollektivvertrag zwingend zwischen den (Gesamtvertrags-)partnern KV und Landesverbände der Krankenkassen geschlossen wird, können die Krankenkassen Einzelverträge mit Leistungserbringern, Gemeinschaften von Leistungserbringern, Trägern von Einrichtungen mit einem entsprechenden Versorgungsangebot und bei der integrierten Versorgung auch stationären bzw. Reha- und Pflegeeinrichtungen schließen.

Die Möglichkeit der KVen, Vertragspartner von Selektivverträgen zu sein, ist unterschiedlich ausgestaltet: Während die KV (uneingeschränkt) Partner eines Vertrags nach § 73c SGB V sein kann, ist dies bei Verträgen nach § 73b SGB V nur möglich, soweit Gemeinschaften von Leis-

tungserbringern sie hierzu ermächtigt haben. Dabei ist zu beachten, dass Vertragspartner die ermächtigte KV wird und nicht die ermächtigende Gemeinschaft von Leistungserbringern. Zu Recht weist das Bundesgesundheitsministerium in einem Schreiben darauf hin, dass die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung für die Hausärzte freiwillig ist, die Vertragskompetenz der KVen soweit reicht wie entsprechende Ermächtigungen vorliegen und es eine automatische Erstreckung auf andere KV-Mitglieder nicht gibt. Dies schließt jedoch nach unserer Auffassung nicht aus, dass bei entsprechender Ausgestaltung auch die Vertragsärzte an einem von der ermächtigten KV geschlossenen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen können, die nicht der ermächtigenden Gemeinschaft von Leistungserbringern angehören. Bei Verträgen zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140a ff. SGB V sind die KVen als Vertragspartner nicht vorgehen.

Teilnahmeberechtigte Leistungserbringer

Sowohl an der kollektivvertraglich organisierten vertragsärztlichen Versorgung als auch an der selektivvertraglich organisierten ärztlichen Versorgung können jeweils nur vertragsärztliche Leistungserbringer teilnehmen. Das sind nach § 95 Abs. 1 SGB V zugelassene Ärzte und

zugelassene Medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen. Ärzte, die auf die Zulassung verzichtet haben, sind nicht berechtigt, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen und können demzufolge auch keine Selektivverträge abschließen. Aber auch aus dem Kreis der vertragsärztlichen Leistungserbringer kann die Krankenkasse – mit sachlichen Differenzierungskriterien – eine Auswahl treffen. Das bedeutet, dass im selektivvertraglichen System auch Leistungserbringer ausgeschlossen werden können.

Honorierung der Leistungen

Während beim Kollektivvertrag die Krankenkassen für alle an ihren Versicherten erbrachten Leistungen die so genannte Gesamtvergütung an die KV mit befreiender Wirkung entrichten, wird für die auf Grund eines Selektivvertrags erbrachten Leistungen die zwischen der Krankenkasse und dem Leistungserbringer vertraglich vereinbarte Vergütung bezahlt. In der kollektivvertraglich organisierten Versorgung rechnet der Leistungserbringer quartalsweise über die KV ab, erhält regelmäßig Abschlagszahlungen – berechnet auf der Basis des Vorjahresquartals – und quartalsweise eine Endabrechnung, die Restzahlung. Die auf Grund eines Selektivvertrags erbrachten Leistungen

werden hingegen zwischen den Vertragspartnern in der vertraglich vereinbarten Höhe nach den vertraglich vereinbarten Modalitäten abgerechnet.

Fazit

Die Gegenüberstellung des Selektivvertrags und des Kollektivvertragssystems und insbesondere die dargestellten Unterschiede dürfen nicht darüber hinweg täuschen, dass die Selektivverträge nach den gesetzlichen Regelungen nur additiv und nicht substitutiv zum Kollektivvertrag sind. So lange nicht die gesamte ambulante ärztliche Versorgung für die Versicherten aller Kassen flächendeckend selektivvertraglich geregelt ist und sich nicht sämtliche Leistungserbringer und Versicherte für die einzelvertraglich vereinbarten Lösungen freiwillig entschieden haben, muss parallel eine kollektivvertragliche Versorgung vorgehalten werden. Unter diesem Aspekt macht es auch durchaus Sinn, dass der Gesetzgeber daran festgehalten hat, dass nur solche Leistungserbringer an Selektivverträgen teilnehmen dürfen, die im Übrigen berechtigt sind, an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen des Kollektivvertragssystems teilzunehmen.

Dr. Herbert Schiller (KVB)

Anzeige

Akupunkturausbildung der Forschungsgruppe

Klinische Wirksamkeit und prägnante Wissenschaft sind die Säulen unserer Akupunktur und haben in unseren Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen oberste Priorität. Unser Seminarangebot reicht von der Zusatzbezeichnung Akupunktur über die Kassenakupunktur bis hin zur Vollausbildung.

Ihr Ziel: die Zusatzbezeichnung

Die Ausbildung zur Zusatzbezeichnung umfasst 5 theoretische Blockseminare Modul A bis Modul E und schließt mit 5 Seminaren „KLINISCHE AKUPUNKTUR“ ab (gemäß der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer).

Unser Seminarangebot in Grafing

Blockseminare für die Zusatzbezeichnung Akupunktur:
Modul A+B: 02.04.–06.04.08 und 03.09.–08.09.08
Modul C+D: 30.04.–04.05.08
Modul E: 16.04.–18.04.08
 Prüfungsvorbereitung: 11.04.–13.04.08

Weitere Info und Termine: www.akupunktur.info und durch unsere Seminarorganisation **Gisela Kraus**
 Postfach 1332 · 85562 Grafing
 Telefon: 0 80 92 / 8 47 34 · Fax: 0 80 92 / 8 47 39
gisela.kraus@facm.de



Forschungsgruppe Akupunktur