

Wichtige Grundsatzentscheidungen des BSG

Am 6. Februar 2008 hat sich das Bundessozialgericht (BSG) mit zwei Themen beschäftigt, die für viele niedergelassene Ärzte von großem Interesse sind. Helga Trieb und Andreas Pavlovic aus der Rechtsabteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) haben die wesentlichen Inhalte zusammengefasst.



Foto: BilderBox.com

Urteil 1: BSG bestätigt Altersgrenzenregelung für Vertragsärzte

Erneut hat das BSG über das Ende der Zulassungszeit für Vertragsärzte entschieden. Nach der gesetzlichen Regelung in § 95 Abs. 7 Satz 3 SGB V endet die Zulassung eines Vertragsarztes am Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt sein 68. Lebensjahr vollendet hat. In dem neuerlichen Rechtsstreit waren neben verfassungs- vor allem europarechtliche Argumente gegen eine solche Regelung vorgebracht worden. Das BSG bestätigte indes sowohl die Verfassungsmäßigkeit der Altersgrenzenregelung als auch deren Konformität mit Europarecht.

Die Vereinbarkeit mit Verfassungsrecht, insbesondere Art. 12 Grundgesetz (GG), ergebe sich aus den Zielsetzungen der Altersgrenze (Schutz der Gesundheit der Versicherten, Chancenwahrung für jüngere Ärzte, öffentliches Interesse daran, dass die Jüngerer neuere medizinische Erkenntnisse in das System der vertragsärztlichen Versorgung einbringen). An dieser verfassungsrechtlichen Bewertung hat sich – so das BSG – auch nichts dadurch geändert, dass der Gesetzgeber die Geltung der Altersgrenze für Vertragsärzte durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) zum 1. Januar 2007 eingeschränkt hat (gemeint ist hier die neu geschaffene Möglichkeit, ausnahmsweise dann über das 68. Lebensjahr hinaus vertragsärztlich

tätig sein zu dürfen, wenn der Landesausschuss festgestellt hat, dass Unterversorgung eingetreten ist bzw. unmittelbar droht).

Was das Europarecht anbelangt, sieht das BSG deshalb keinen Verstoß, weil die EG-Richtlinie 2000/78/EG (so genannte Gleichbehandlungs-Richtlinie) sowie das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) vorsehen, dass unter bestimmten Voraussetzungen Ungleichbehandlungen wegen des Alters keine Altersdiskriminierung darstellen. So können Ziele der Beschäftigungspolitik, des Arbeitsmarktes und/oder der beruflichen Bildung eine Ungleichbehandlung wegen des Alters rechtfertigen. Zusätzliche Voraussetzung ist aber immer, dass eine unterschiedliche Behandlung objektiv und angemessen ist, sowie, dass auch die Mittel zur Erreichung des Ziels angemessen und erforderlich sind (Art. 6 Abs. 1 Satz 2 EG Richtlinie 2000/78, § 10 Sätze 1 und 2 AGG). Diese Anforderungen sind nach Auffassung des BSG im Hinblick auf die Zielsetzungen der Altersgrenzenregelung, wie sie bereits im Zusammenhang mit der Prüfung zu Art. 12 GG herausgearbeitet wurden, erfüllt. Das BSG hat dabei seine Entscheidung auch darauf gestützt, dass nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) die Mitgliedsstaaten bei der Frage, wie sie bestimmte Ziele, wie zum Beispiel der Arbeits- und Sozialpolitik, verfolgen wollen, über einen weiten Ermessensspielraum verfügen.

BSG vom 6. Februar 2008,
B 6 KA 41/06 R

Urteil 2: „Barmer-Vertrag“ erfüllt gesetzliche Anforderungen an Integrierte Versorgung nicht

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hatte den Abschluss des Vertrages, den die Barmer Ersatzkasse (BEK) mit der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft e. G. (HÄVG) und der Marketing Gesellschaft Deutscher Apotheker mbH (MGDA) im Dezember 2004 geschlossen hat, wohlgefällig damit kommentiert, die Vertragspartner hätten als erste erkannt, was der Gesetzgeber unter Integrierter Versorgung versteht und mit dieser gesetzlichen Vorgabe bezweckt sei. Das BSG sieht dies völlig anders:

Es hat entschieden, dass der so genannte Barmer-Vertrag nicht den gesetzlichen Vorgaben entspricht und demzufolge dafür auch keine Anschubfinanzierung und bei Überschreiten des einprozentigen Finanzierungsanteils aus der Gesamtvergütung auch keine Bereinigung stattfinden kann.

Die Entscheidung gibt auch für die rechtliche Beurteilung vieler anderer Integrationsverträge wertvolle Hinweise.

Zum konkreten Vertrag der BEK mit der HÄVG

Das BSG hat festgestellt, dass der Vertrag zwischen der BEK und der HÄVG kein Integrationsvertrag im Sinne des § 140b SGB V ist, weil er

- nicht interdisziplinär-fachübergreifend ist, weil an ihm ausschließlich dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugehörige Ärzte, nämlich Hausärzte, beteiligt sind,
- möglicherweise auch keine Leistungssektoren übergreifende Versorgung vorliegt (diese Frage wurde im Ergebnis offengelassen), aber jedenfalls
- mit seinen integrativen Elementen im Wesentlichen in der Regelversorgung verbleibt. Der streitgegenständliche Vertrag substituiert die Regelversorgung nicht, sondern setzt vollständig auf dieser auf. An dieser Einschätzung ändert auch der vereinbarte Präventionscheck nichts, da diese Leistung den Barmer-Vertrag nicht prägt (nur singuläres, auf medizinisch begründete Einzelfälle begrenztes Ersetzen einer in der vertragsärztlichen Versorgung ebenfalls – allerdings nur alle zwei Jahre – vorgesehenen Leistung). Sie verbleibt im Übrigen vollständig im hausärztlichen Sektor.

Zur Intention des Gesetzgebers bei der Integrierten Versorgung

Nach der Intention des Gesetzgebers soll sich die Integrierte Versorgung zu einer „zweiten Säule der Regelversorgung entwickeln“. Die Konzeption sieht in der Integrationsversorgung eine Alternative zur Regelversorgung mit gleichzeitiger Einschränkung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dieses alternative Versorgungs- und Vergütungskonzept beruht begrifflich wie systematisch auf dem Prinzip der Substitution. Daraus folgt, dass als Integrationsverträge nur solche Verträge anzuerkennen sind, durch die Leistungen, die bislang Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, künftig ersetzt werden.

Zur Leistungssektoren übergreifenden Versorgung

„Leistungssektoren“ sind gesetzlich nicht definiert, ihr Inhalt ist deshalb nur durch eine am Zweck der Integrierten Versorgung orientierte Auslegung zu bestimmen. Ziel der Integrierten Versorgung ist die Verzahnung der verschiedenen Leistungssektoren, um eine wirtschaftliche Versorgung zu ermöglichen und um für die Versicherten die medizinischen Behandlungsabläufe zu verbessern, Wartezeiten, Doppeluntersuchungen und Behandlungsdiskontinuitäten zu vermeiden. Leistungssektoren übergreifend ist eine Versorgung, die Leistungsprozesse, die in der traditionellen Versorgung inhaltlich und institutionell getrennt sind, nunmehr verknüpft (funktionelle Betrachtungsweise).

Beispiele:

Verzahnung von

- ambulanten und stationären Behandlungen,
- ambulanten Operationen und anschließender Versorgung der Patienten in ambulanten Reha-Einrichtungen,
- Behandlung in einem Krankenhaus mit anschließender medizinischer Rehabilitation in stationären Einrichtungen.

Apotheken können als „sonstige“ Leistungserbringer und deren Gemeinschaften nach § 140b Abs. 1 Nr. 1 SGB V Partner von Integrationsverträgen sein. Dies ergibt sich zusätzlich aus der Spezialregelung aus § 129 Abs. 5b SGB V. Ob ein Vertrag unter Einbeziehung von Ärzten und Apotheken bereits ein Leistungssektoren übergreifender Vertrag ist, richtet sich danach, ob der konkrete Vertrag, an dem die Apotheken oder ihre Gemeinschaften beteiligt sind, einen Beitrag zur sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten leistet. Dies hängt maßgeblich von dem vertraglich definierten Versorgungsauftrag und dessen Ausgestaltung ab.

Zur Anschubfinanzierung – Bereinigung

Mittel zur Anschubfinanzierung dürfen die Krankenkassen nur für konkrete Integrationsverträge einbehalten. Nach Auffassung des BSG lassen die Vorschriften über die Bereinigung der Gesamtvergütungen erkennen, dass Gegenstand von Integrationsverträgen zumindest ganz überwiegend Leistungen sind, die bisher in der Regelversorgung erbracht wurden. Die Bereinigungsmechanismen setzen zwingend voraus, dass die vertraglich geregelte Versorgung (IV) Leistungen erfasst, die in der Regelversorgung durch die Gesamtvergütung abgegolten werden. Damit sind so genannte add-ons (zusätzliche zur Regelversorgung vereinbarte Leistungen) nicht bereinigungsfähig. Ziel ist, Doppelleistungen durch die jeweilige Krankenkasse zu vermeiden. Voraussetzung für eine Bereinigung ist aber immer eine (partielle) Identität der Leistungen, die zu vergüten sind.

BSG vom 6. Februar 2008, B 6 KA 27/07 R

Anzeige



PVmedis AG
Unternehmensgruppe PVS Rhein-Ruhr

**Professionelles
Abrechnungs- und Forderungsmanagement
für Ärzte**



Werden Sie jetzt Kunde und nutzen Sie bis zum 30.09.2008 die reduzierte Gebühr!

- Abrechnung
- Inkasso
- Vorauszahlung
- Korrespondenz
- Gebührenrecht

Widenmayerstr. 17
80538 München

Tel.: 0 89/20 00 15 21 - 0
Fax: 0 89/20 00 15 21 - 9

info@pvmedis.de
www.pvmedis.de