

## BNK fordert adäquate und bundesweit einheitliche Bezahlung

### Von Honorargerechtigkeit noch keine Spur

*Ein Jahr nach der letzten Honorarreform vom 1. Januar 2009 haben sich die Gemüter der niedergelassenen Fachärzte wenig erholt. Regelleistungsvolumina (RLV) und fehlende Einzelvergütungen bereiten Kardiologen und Diabetologen schlaflose Nächte. Für einige Praxen kam schon das wirtschaftliche Aus, die Existenz bleibt für viele gefährdet. Dass eine Reform immer Gewinner und Verlierer mit sich bringt, wird die Betroffenen auf der Verliererseite kaum trösten. Zu letzteren gehören z.B. die kardiologischen Kollegen aus Rheinland-Pfalz, ihr Orientierungswert im RLV ist von 3,5 auf 2,2 Cent gesunken. Nun müssen 40 Euro im Quartal für die komplette ambulante Behandlung eines Patienten genügen. Das Thema „Honorargerechtigkeit“ stand auch im Fokus der Podiumsdiskussion, die von den Bundesverbänden Niedergelassener Kardiologen (BNK) und Diabetologen (BVND) in Berlin bei der Jubiläumstagung der Stiftung „Der herzkranke Diabetiker“ (DHD) gemeinsam organisiert wurde.*

Vom BNK wird die Honorargerechtigkeit nicht gesehen. „Denn in einem System, das eine Gleichmachung mit RLV für eine hoch spezialisierte Ärztesgruppe versucht, kann es keine Gerechtigkeit geben“, sagte Dr. Norbert Smetak (Kirchheim-Teck). Selbst der Hang zu mehr Gerechtigkeit sei bei der dauernden Limitierung des Budgets nicht zu erkennen. Eine gerechtere Vergütung könne nur über die unbudgetierte Struktur erreicht werden. Kardiologen fordern ein Zurück zur Einzelvergütung. Leistung muss adäquat und bundesweit einheitlich bezahlt werden. Grundlage sollten betriebswirtschaftliche Kalkulationen sein und Einzelleistungen ergänzend honoriert werden. Der BNK wehrt sich gegen die duale Finanzierung, bei der Ärzte, die sich selbst finanzieren müssen, dem Wettbewerb

mit Klinikketten ausgesetzt sind. Von Politikern wird das klare Bekenntnis „ambulant vor stationär“ eingefordert. Die bisherigen Strukturen der MVZ (Medizinische Versorgungszentren) seien Einfallstore für den stationären Bereich. Auch das Geld für Leistungen, die früher im Krankenhaus und heute ambulant erbracht werden, fließe nicht zu den niedergelassenen Ärzten.

„2010 wird das Jahr sein, in dem wir uns mit der Honorarreform auseinandersetzen werden“, erklärte FDP-Sprecherin Ulrike Flach (Mülheim/Essen). „Allerdings wird der ambulante Bereich definitiv nicht der Bereich sein, der als Erstes auf der Agenda steht. Der Januar gilt eindeutig der Einsetzung der Kommission, die sich mit dem aus unserer Sicht vorranglichen Thema der Zukunft des Gesundheitsfonds befasst. Und diese Kommission muss bis Mitte des Jahres Empfehlungen auf den Tisch legen, damit wir zu einem Ergebnis kommen. Wir wollen den sozialen Ausgleich über das Steuersystem schaffen, das wird Hauptaufgabe in den ersten Monaten sein“, sagte Flach. Danach werde man sich den Themen Honorarvergütung und MVZ widmen, das sei im Koalitionsvertrag so festgelegt.

Bei den MVZ bestehe Konsens, dass sie gebraucht werden, weil gerade auch ländliche Regionen ohne sie nicht auskommen. Aber die Zentren sollen arztgeführt und entsprechend in der Freiberuflichkeit verankert sein. Das ist Ziel im Koalitionsvertrag, und die neue Bundesregierung will das in der zweiten Jahreshälfte auch gesetzgeberisch auf den Weg bringen. Die CDU/CSU-Fraktion sieht es nicht ganz so optimistisch, denn man warte ja noch immer auf verlässliche Daten. Bei der Zusammenkunft mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) kürzlich „wurde uns gesagt, dass die Zahlen des ersten Quartals 2009 frühestens am 10. Februar 2010 vorlie-



Beim Forum Gesundheitspolitik am 4. Dezember 2009 diskutierten die Vorstände von BNK und BVND mit Mitgliedern des Bundestagsausschusses für Gesundheit und mit Vertretern der Krankenkassen. Die Podiumsdiskussion fand anlässlich des 10. Jubiläums der Stiftung DHD (Vorsitz: Prof. Dr. Dr. Diethelm Tschöpe) statt. Von links nach rechts: Dr. Hans-Martin Reuter (2. Vorstand BVND) aus Jena, Dr. Marlies Volkmer, MdB (SPD) aus Dresden, Dr. Norbert Smetak (1. Vorsitzender BNK) aus Kirchheim-Teck, Dr. Harald Terpe, MdB (Bündnis 90/Die Grünen) aus Rostock, Ulrike Flach, MdB (Gesundheitspolitische Sprecherin der FDP-Bundestagsfraktion) aus Mülheim/ Essen, Friedrich-Wilhelm Bluschke (Vorsitzender AOK Mecklenburg-Vorpommern) aus Schwerin, Dietrich Monstadt, MdB (CDU/CSU-Bundestagsfraktion) aus Schwerin und Roland Dieckmann (Referent DAK-Vorstand) aus Hamburg.

gen. Völlig unverständlich ist, dass einige KVen überhaupt keine Zahlen vorgelegt haben“, so Dietrich Monstadt von der CDU (Schwerin). Daraus müsse man schließen, dass es denen zu gut geht. „Wenn Sie mit einem solchen Datenmaterial arbeiten müssen und die Informationen nicht haben, um beurteilen zu können, wie Änderungen umgesetzt werden können, dann tun wir uns schwer damit“, sagte der Politiker und Rechtsanwalt. Man wisse schon, dass es einige Verlierer gibt („z. B. Orthopäden mit -2,5%“), aber in der Masse habe sich die Reform positiv niedergeschlagen („bis zur Nervenheilkunde mit +44,7%“). Die Spanne sei eben sehr breit. Seitens der Politik bestehe die Bereitschaft, in die Diskussion einzutreten. „Da sind Sie als Ärzte aufgerufen, wir wollen da gerne auf Ihren Rat hören, um Lösungen zu finden. Das uns vorliegende Zahlenmaterial ist bislang jedoch nicht geeignet“, meinte der Anwalt.

**Man muss den Menschen ehrlich sagen, dass Gesundheit Geld kostet**

In einer Zeit der Überalterung der Gesellschaft mit immer weniger vorhandenen Ärzten, dem Wegbrechen der ländlichen Versorgung und begrenzten finanziellen Mitteln müsse vor allem der Bedarf richtig abgebildet werden – da waren sich alle einig. Man brauche die Ehrlichkeit, den Menschen zu sagen, dass Gesundheit Geld kostet. Bei der Frage nach Effizienzsteigerung muss es ebenso um die Qualität der Leistung gehen. Politiker und

Krankenkassen wünschen sich für den Dialog mit Ärzten „den Blick über den Tellerrand“ und die Diskussion nicht nur von Leistungs- sondern auch Sparanreizen.

Die Kardiologen erwarten von der neuen Regierung nachhaltige Lösungen. Denn „es kann nicht sein, dass Vorschläge kommen, mit Überbrückungskrediten helfen zu wollen“, kritisierte Smetak. Die Politik muss hier nachregulieren, denn würde die Konvergenzphase von einem Jahr, das noch bleibt, wirklich „scharf gestellt“, drohe einigen Regionen das Praxissterben.

Ulrike Flach von der FDP ergänzte noch zum Schluss: „Ärzte haben ein Anrecht darauf, dass sie ordnungsgemäß, leistungsgerecht und transparent vergütet werden, aber sie haben auch eine gewisse Bringschuld. Und ich meine damit die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Zahlen, auf deren Basis wir weiter vorgehen können, nicht liefern. Jeder von uns erlebt in seinem Wahlkreis Ärzte, denen Einnahmen wegbrechen. Wir würden gerne helfen, können es aber nur auf der Basis der Vereinbarungen, die getroffen wurden.“

Sicher wäre es für die Diskussion aufschlussreich gewesen, wie sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Vorwürfen geäußert hätte. Eingeladen war die KBV, musste aber wegen einer zeitgleichen Vertreterversammlung absagen. Es wurde jedoch das Interesse bekundet, beim nächsten Forum Gesundheitspolitik dabei zu sein. *Katrin Hertrampf*

**Selektivverträge jetzt auch bei Kardiologen  
Schwimmen der KBV ihre Felle davon?**



Prof. Dr. iur.  
Dr. med.  
Alexander  
P.F. Ehlers,  
München

*Seit einigen Jahren können Krankenkassen mit Ärzten sogenannte Einzelverträge (Struktur- oder Selektivverträge) abschließen. Der Gesetzgeber wollte damit die Möglichkeit bieten, organisatorische Versorgungsformen mit differenzierten, den besonderen strukturellen Gegebenheiten angepassten Honorierungssystemen zu vereinbaren. So erlaubt § 73c SGB V abweichend von der bisherigen kollektivvertraglich geprägten Versorgungsstruktur den Abschluss von Einzelverträgen mit zugelassenen Leistungserbringern zur Erfüllung der Versorgungsaufträge. § 73c SGB V ist damit wie § 73b SGB V ein Element zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beobachtet eine immer größere Zahl solcher Selektivverträge, die für sie respektive die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eine nicht unerhebliche Konkurrenz darstellen bzw. diese nach Ansicht zumindest einzelner Entscheidungsträger in schwere wirtschaftliche Schwierigkeiten bringen kann.*



Thorsten  
Ebermann,  
München

Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers geben die Selektivverträge Raum für eine dezentrale, in-

novative Systemerweiterung. Außerdem soll durch die Option für den Abschluss von Einzelverträgen der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern intensiviert werden. Dabei kann sogar von bundesmantelvertraglichen Regelungen, wie z.B. den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), abgewichen werden. Letztlich soll mit den Strukturverträgen die ambulante vertragsärztliche Versorgung verbessert werden.

Aktuellstes und für Kardiologen relevantes Beispiel für einen Selektivvertrag ist der am 10. Dezember 2009 unterzeichnete Vertrag zwischen der AOK Baden-Württemberg und dem Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK). Ziele des neu geschlossenen Vertrags (siehe auch S. 60 sowie Herz 2009;34:653-4) sind eine verbesserte ambulante Versorgung der Patienten und der Erhalt der niedergelassenen kardiologischen Praxen.

**Selektivverträge ohne Staffellungen, Mengen- und Fallzahlbegrenzungen**

Wie bei Selektivverträgen üblich, wurden klare krankheitsabhängige Behandlungspfade verein-