

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-

bart und mit einer darauf aufbauenden völlig neuen Vergütungsstruktur verknüpft. Im Gegensatz zum KV-System gibt es grundsätzlich keine Staffellungen, Mengenbegrenzungen oder Fallzahlbegrenzungen. Darüber hinaus liegen die durchschnittlichen Fallwerte deutlich über der Vergütung der KVen. Dies ist auch ein Grund, warum diese immer empfindlicher auf die Nutzung dieser selektiven Möglichkeiten – alternativ zur kollektiven Versorgung – reagieren. Die deutlichsten Worte fand bislang der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), Dr. Axel Munte, der aufgrund der neuen selektiven Möglichkeiten den wirtschaftlichen Bestand des KV-Systems gefährdet sieht. Mit dieser Ansicht steht Munte nicht allein da – aus nachvollziehbaren Gründen, liegen doch die Vorteile eines Selektivvertrages angesichts des laut Barmer GEK-Chefin Birgit Fischer zum „Reparaturbetrieb“ degradierten Gesundheitssystems auf der Hand:

- bessere Behandlung der Patienten im Allgemeinen sowie Schwerkranker im Besonderen.
- verkürzte Wartezeiten.
- Rechtssicherheit für die Leistungserbringer gerade in Bezug auf die Vergütung.
- schlankerer Verwaltungsapparat.
- weniger Krankenhauseinweisungen und somit Kostenersparnis aufgrund einer engen Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten.
- Partizipation der Versicherten an der qualitätsorientierten Versorgung mit Arzneimitteln im Rahmen von Rabattverträgen.

#### **KBV beschließt „Honorarbereinigung unter geordneten Bedingungen“**

So wundert es nicht, dass die KBV auf diese Entwicklung reagiert: Im Dezember 2009 wurde, unter Vermittlung des Schlichters, durch den Erweiterten Bewertungsausschuss ein Verfahren zur Honorarberechnung ärztlicher Leistungen unter Berücksichtigung von Selektivverträgen beschlossen. „Wir als KBV haben uns für diesen Kompromiss eingesetzt, damit die Honorarbereinigung unter geordneten Bedingungen stattfinden und ein Chaos verhindert werden kann“, erklärte Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV. Das Ergebnis: Als Folge der Bereinigung darf der Fallwert des Regelleistungsvolumens (RLV) der jeweiligen Arztgruppe um maximal 2,5% steigen oder sinken. Wird dieser Schwellenwert überschritten, soll der darüber hinausgehende Mehrbetrag ausschließlich von den Ärzten geschultert werden, die an Selektivverträgen teilnehmen.

Der Grund sei, dass es sich bei dem auf die gesamte Arztgruppe zu verteilenden Bereinigungsbetrag um Leistungen handelt, die nicht eindeutig Ärzten zuzuordnen sind, die an einem Selektivvertrag teilnehmen. Denn grundsätzlich gilt: Ärzte, die ihre Patienten im Selektivvertrag versorgen, erhalten für diese kein Honorar mehr über das RLV. Die Vergütung erfolgt über den Selektivvertrag. Das RLV wird deshalb um die Leistungen reduziert, die diese Patienten vor der Einschreibung in einen Selektivvertrag in der Praxis in Anspruch genommen haben.

Nach Ansicht der KBV soll diese Art der Honorarbereinigung jene Patienten schützen, die in keinem Selektivvertrag eingeschrieben sind. Die Bereinigung gilt im Übrigen für alle Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, für besondere ambulante Versorgungsformen und zur integrierten Versorgung (§§ 73b, c und 140a SGB V).

#### **Trotz KBV-Kompromiss: „Kollektiv-Flucht“ der Ärzte hält an**

Auch wenn die Argumentation der KBV in dieser konkreten Situation durchaus nachvollziehbar erscheint, wird auch dieser Kompromiss nicht nachhaltig und dauerhaft das Bestreben von immer mehr Ärzten verhindern, sich alternativen Vertragsgestaltungen zuzuwenden – weg vom Kollektiv, das den Einzelfall nicht adäquat abbildet. Zu viele Reformversuche sind in den vergangenen Jahren misslungen, zu viele Milliarden sind in Verwaltung und Organisation eines teilweise starren Systems geflossen, und zu viele Fehler haben die KVen bei Einstufung, Ermittlung und Verteilung der ärztlichen Vergütung begangen.

Die niedergelassenen Kardiologen wünschen sich für die Zukunft ein adäquates Honorar für ihre Leistungen und Rechtssicherheit bezüglich Zeitpunkt und Höhe dieser Vergütung. Ob Selektivverträge hierzu der alleinige Königsweg sind, bleibt abzuwarten. Selbstverständlich muss in diesem Zusammenhang erwähnt werden, dass aufgrund des Entscheidungsrechts der Krankenkassen, mit wem sie Verträge schließen wollen, ein Wettbewerb der Ärzte um Verträge mit den Kassen entsteht. Dies wird vielerorts kritisiert, da man befürchtet, dass sich das Gesundheitssystem dann ausschließlich an pekuniären Interessen ausrichten und auch daran gemessen wird. Trotzdem bieten Selektivverträge als Alternative zur kollektiven Versorgung derzeit zumindest für einen Großteil der niedergelassenen Kardiologen Möglichkeiten, die bislang keine Reform der jüngeren Vergangenheit in dieser Form umzusetzen vermochte.

#### **Korrespondenzanschrift**

Ehlers, Ehlers & Partner  
Rechtsanwaltssozietät  
Prof. Dr. iur. Dr. med.  
Alexander P. F. Ehlers,  
Rechtsanwalt und Arzt  
Thorsten Ebermann  
Widenmayerstraße 29  
80538 München  
Telefon (+49/89)  
210969-0, Fax -99  
E-Mail: munich@  
eep-law.de