

BARMER GEK

---

# Gesundheitswesen aktuell 2010

Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,  
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

---



## Impressum

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist Eigentum der BARMER GEK. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der BARMER GEK unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurde überwiegend die grammatikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im Text die männliche Sprachform genannt ist, ist damit sowohl die männliche als auch die weibliche Sprachform gemeint.

### BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010

© 2010 BARMER GEK

herausgegeben von

Uwe Repschläger, Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

ISBN 978-3-9812534-2-9

Realisation und Design: 37 Grad GmbH, Düsseldorf

Redaktion: 37 Grad GmbH, Düsseldorf

produziert und gedruckt in Deutschland

Alle Rechte vorbehalten

Änderungen und Irrtümer vorbehalten

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	8
Editorial.....	10

### I. Systemfragen und Wettbewerb

Preisregulierung von patentgeschützten Arzneimitteln. Welchen Beitrag kann die Kosten-Nutzen-Bewertung leisten? .....	16
Mathias Kifmann	
QALYs in der Kosten-Nutzen-Bewertung. Rechnen in drei Dimensionen.....	32
Klaus Koch, Andreas Gerber	
Die Erstellung der Ambulanten Kodierrichtlinien .....	50
Ingolf Berger	
Vom Zusatzbeitrag zur Gesundheitspauschale. Das niederländische Gesundheitssystem als Vorbild? .....	70
Frank Schulze Ehring	
Frühwarnsysteme in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Rahmenbedingungen .....	90
Falk König, Patrick Florath, Uwe Repschläger, Frank Romeike	
Zur Rolle und Funktion der alten Spitzenverbände. Perspektive für eine zukunftsfähige Verbändelandschaft in einem wettbewerbsorientierten GKV-System .....	106
Uwe Repschläger	

Die Abbildung von Multimorbidität im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich .....	126
Claudia Schulte	

## II. Gestaltung der Versorgung

Kollektivverträge und selektive Vollversorgungsverträge in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Frage nach dem „Entweder-oder“ .....	148
Andreas Köhler	

Bereinigung der vertragsärztlichen Vergütung. Stand der Verfahrensentwicklung und Relevanz für einen fairen Wettbewerb zwischen kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung .....	160
Antje Schwinger, Hans-Dieter Nolting	

Achtzehn Arztkontakte im Jahr. Hintergründe und Details.....	176
Boris von Maydell, Thilo Kosack, Uwe Repschläger, Christoph Sievers, Rebecca Zeljar	

Der deutsche Arzneimittelmarkt. Reform- oder neuordnungsbedürftig? .....	192
Detlef Böhler, Karl-Heinz Neumann	

Das Fibromyalgiesyndrom. Dilemma zwischen Leitlinie und Versorgungsrealität .....	212
Ursula Marschall, Andreas Wolik	

Adipositaschirurgie – notwendige Therapie oder Lifestyle? Spannungsfeld zwischen Medizin und Krankenkasse .....	240
Hans Hauner, Ursula Marschall, Michael Lex, Andreas Wolik, Henrik Schwandrau	

Berechnung von Hospitalisierungswahrscheinlichkeiten. Die Methode der Zufallswälder und der Vergleich mit gängigen statistischen Klassifikationsverfahren .....	266
Thilo Kosack, Andreas Wolik	

## III. Anhang

Abkürzungsverzeichnis .....	290
Autorenverzeichnis .....	292

Andreas Köhler

## Kollektivverträge und selektive Vollversorgungsverträge in der ambulanten ärztlichen Versorgung

### Die Frage nach dem „Entweder-oder“

Die ambulante Versorgung in Deutschland steht gegenwärtig in einem Spannungsfeld zwischen Kollektivverträgen auf der einen Seite und kassenspezifischen selektiven Versorgungsverträgen auf der anderen Seite. In dem Beitrag wird die Thematik der Bereinigung der Gesamtvergütungen genauso angesprochen wie die Aspekte der kassenärztlichen Vergütungssystematik im Wettbewerb. Die Darstellung zeigt unter anderem die Einschränkung der freien Arztwahl und die Folgen für den Patientenschutz im Falle eines möglichen Zusammenbruchs des KV-Systems auf. Der Ausblick gibt Hinweise auf die zukünftige Gestaltung der Versorgung in einem Szenario, das von einem wettbewerblichen Nebeneinander von selektiv- und kollektivvertraglichen Elementen ausgeht.

### Der historische Kompromiss von 1955

Im Jahr 1955 wurde das Gesetz über das Kassenarztrecht in der noch jungen Bundesrepublik Deutschland beschlossen. Vorausgegangen waren heftige Diskussionen, auch innerärztliche, darüber, ob die ambulante ärztliche Versorgung weiterhin in dem seit den 1930er-Jahren etablierten System mit Kollektivverträgen und Pflichtmitgliedschaft aller Kassenärzte in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) organisiert werden sollte (KBV 2005). Gegen den Widerstand insbesondere der Ortskrankenkassen wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen zu Körperschaften des öffentlichen Rechts mit dem zentralen Auftrag der Sicherstellung der ambulanten Versorgung.

Der historische Kompromiss sah vor, dass die Kassenärzte auf ihr Streikrecht verzichten und dafür über den Kollektivvertrag das Monopol auf die ambulante ärztliche Versorgung gesetzlich Krankenversicherter erhalten. Vergütungen und andere Regularien werden von den Partnern der Gemeinsamen Selbstverwaltung (Landesverbände der

Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen auf Landesebene, Spitzenverbände der Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung auf Bundesebene) ausgehandelt. Im Falle der Nichteinigung unterwerfen sich beide Partner einer Schiedslösung. Vertragsärzte sind verpflichtet, sich an diese Vorgaben zu halten.

### Kündigung des Kompromisses durch den Gesetzgeber

Natürlich haben sich das KV-System und die Kollektivverträge im Laufe der Zeit entwickelt und damit verändert, im Kern blieb es aber bis zum Jahr 2000 bei diesem Grundkonsens. Dann wurde zuerst mit der Einführung der Integrierten Versorgung gemäß § 140a ff. SGB V und später der selektiven Verträge gemäß § 73b und c SGB V im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes aus dem Jahr 2003 (GMG) dieser Konsens seitens des Gesetzgebers aufgekündigt. Spätestens mit der letzten Änderung des § 73b SGB V im GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) im Jahr 2009, in dem Krankenkassen verpflichtet werden, mit Gemeinschaften, die mindestens 50 Prozent der Allgemeinärzte eines KV-Bezirks vertreten, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen, wurde die ursprüngliche Basis des Gesetzes über das Kassenarztrecht endgültig verlassen (siehe Rechtsgutachten, Seite 28ff.).

### Inkompatibilität beider Vertragssysteme

Das Problem stellt sich wie folgt dar: Beide Vertragssysteme, also die Kollektivverträge und die kassenspezifischen selektiven Versorgungsverträge, sind dauerhaft nicht miteinander kompatibel. Für eine funktionsfähige ambulante ärztliche Versorgung ist es unabdingbar, dass der Gesetzgeber sich grundsätzlich für eines der beiden Systeme entscheidet. Bis heute unterliegen viele gesundheitspolitische Entscheidungsträger dem Irrtum, dass beide dauerhaft parallel erhalten bleiben könnten. Das ist aber nicht möglich. Dafür gibt es mehrere Gründe. Der wichtigste lautet: Je mehr Leistungen von Vertragsärzten außerhalb des Kollektivvertrags erbracht werden, umso weniger sind die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Lage, ihre Aufgaben zu erfüllen. Gerade

bei den hausarztzentrierten Vollversorgungsverträgen mit großen Krankenkassen werden bereits heute große Teile der hausärztlichen Versorgung aus dem Kollektivvertrag herausgebrochen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verlieren damit faktisch ihre Mitglieder. Mit immer weniger vertragsärztlichen Leistungen, die im Kollektivvertrag zur Verfügung stehen, ist der Sicherstellungsauftrag nicht mehr zu erfüllen. Das gilt auch für die Qualitätssicherung, den ärztlichen Bereitschaftsdienst und vieles andere mehr.

### Problem der Bereinigung der Gesamtvergütungen

Überschreiten die Leistungsverlagerungen in die Selektivverträge eine bestimmte Grenze, ist der Kollektivvertrag auch aus einem anderen Grund nicht mehr funktionsfähig: Die Bereinigung der Gesamtvergütungen überfordert die Kassenärztlichen Vereinigungen im Hinblick auf die Verteilung und Verwaltung. Schon heute zeigt sich in den Kassenärztlichen Vereinigungen, die eine substanzielle Bereinigung durchführen müssen, wie schwierig dies ist. Beispiele sind hier Bayern und Baden-Württemberg, in denen bereits seit mehreren Quartalen ein Vertrag gemäß § 73b SGB V mit der jeweiligen AOK läuft und in denen bereits Millionenbeträge pro Quartal zu bereinigen sind. Mit jeder einzelnen Krankenkasse muss ein Datenabgleich stattfinden, die Datengrundlage ist oft völlig unzureichend, die in Rede stehenden Summen sehr oft strittig. Oft müssen die Regelleistungsvolumina (RLV) den Ärzten unter Vorbehalt mitgeteilt werden, weil diese auch von der Höhe der Bereinigung abhängig sind.

Die jedes Quartal unterschiedliche Höhe der Bereinigung führt damit auch zu quartalsweise unterschiedlichen RLV. Eines der Ziele der Honorarreform, nämlich die Abschaffung der floatenden Punktwerte, um Vertragsärzten mehr Planungssicherheit zu geben, wird damit konterkariert. Denn letztlich ist es unerheblich, ob die Punktwerte von Quartal zu Quartal floaten oder ob jedem Quartal ein anderes RLV zugeteilt werden muss. Das alles verkompliziert die Abrechnung in ungeahntem Ausmaß. In der Konsequenz können die Kassenärztlichen

Vereinigungen die Abrechnungen nicht mehr zeitgerecht fertigstellen, die Mitglieder werden noch unzufriedener und noch mehr wandern in die Selektivverträge ab.

Gerecht kann die Bereinigung übrigens nie sein: Egal, welcher Modus gewählt wird, entweder werden die Ärzte, die im Kollektivvertrag verbleiben, benachteiligt oder die Ärzte, die in den Selektivvertrag abwandern.

### Vergütungssystematik

Die Abwanderung von Ärzten ist vor allem der vollständig anderen Vergütungssystematik in den populationsbezogenen Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV-Verträgen) geschuldet (siehe dazu: Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg). Kassenärztliche Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts sind vom Gesetzgeber damit beauftragt, knappe Mittel möglichst gerecht zu verteilen. Der Gesetzgeber hat den Kassenärztlichen Vereinigungen auch die undankbare Aufgabe zugeteilt, die Mengensteuerung um- und durchzusetzen. Das hat im Laufe der Zeit zu sehr komplexen Abrechnungsvorschriften geführt. Vertragsärzte empfinden das herrschende Honorarsystem als extrem kompliziert, von der Vergütungshöhe her unzureichend und viel zu aufwendig. Deswegen hat die sehr einfache Vergütungssystematik in den HzV-Verträgen mit einem extrem hohen Pauschalierungsgrad, einigen wenigen, einfachen Abrechnungsregeln und bislang noch ohne weitere Mengensteuerung eine hohe Attraktivität für Vertragsärzte.

### Unfairer Wettbewerb: Kassenärztliche Vereinigungen als „bad bank“ der Selektivverträge

Über den Vertragswettbewerb zwischen den Kollektivverträgen und den selektiven Verträgen sollten die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Versorgung gesteigert werden. Da es bislang allerdings kaum Evaluationen solcher Verträge gibt, ist weder nachweisbar, ob selektive Vollversorgungsverträge wirtschaftlicher sind als der Kollektivvertrag,

noch, ob sie dem Ziel der Qualitätssteigerung wirklich dienen. Zu vermuten ist mindestens hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit sogar Gegenteiliges. Trotzdem werden sie derzeit bevorzugt, denn der Wettbewerb, wie er derzeit im Gesetz verankert ist, ist unfair zulasten der Kollektivverträge ausgestaltet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Pflichtaufgaben müssen gegenüber ihren Mitgliedern die Einhaltung vertragsärztlicher Pflichten durchsetzen. Sie sind an alle Vorschriften des vierten Kapitels des SGB V gebunden, während diese Vorschriften in Selektivverträgen abbedingt werden können (siehe Rechtsgutachten, Seite 36).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind daher nicht nur an die vorgegebene Vergütungssystematik gebunden, sondern sie müssen die Einhaltung aller Regeln zur Qualitätssicherung, zur Mengensteuerung und zur Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnung inklusive der Regresse sicherstellen. Außerdem organisieren sie den ärztlichen Bereitschaftsdienst, um eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung zu gewährleisten. Dessen Organisation ist aufwendig, teuer und bei den Vertragsärzten unbeliebt. Der ärztliche Bereitschaftsdienst steht allerdings auch für die Versorgung der in Selektivverträgen eingeschriebenen Versicherten zur Verfügung. Die Vertragspartner der Selektivverträge müssen sich um diese Aufgabe nicht kümmern, das überlassen sie gerne den Kassenärztlichen Vereinigungen. Kassenärztliche Vereinigungen sind zudem per Gesetz dazu verpflichtet, Fördermaßnahmen, die absolut sinnvoll sind, zu finanzieren. Als Beispiel sei hier nur die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin genannt. Diese wird je zur Hälfte von den Krankenkassen und den KVen getragen. Brechen große Vergütungsanteile über HzV-Verträge aus dem Kollektivvertrag heraus, fehlen sie auch bei der Finanzierung dieser Maßnahmen. Dies sind nur zwei Beispiele dafür, wie das KV-System als „bad bank“ der Selektivverträge genutzt wird. Diese „bad bank“-Funktion zeigt einmal mehr, dass der Wettbewerb unfair ausgestaltet ist. Diesen unfairen Wettbewerb kann das KV-System nur eine begrenzte Zeit lang durchhalten, dann wird es kollabieren.

## Negative Folgen eines Zusammenbruchs des KV-Systems

### Einschränkung der freien Arztwahl

Das hätte fatale Folgen für die Versorgungssicherheit und Versorgungsgerechtigkeit gesetzlich Krankenversicherter, denn der Kollektivvertrag sichert den Patienten die freie Arztwahl im Sachleistungssystem. Jeder Versicherte kann nur unter Vorlage seiner Krankenversichertenkarte jeden zugelassenen Vertragsarzt (mit Ausnahme weniger Arztgruppen, die keinen direkten Patientenkontakt haben oder die ausschließlich auftragsgebunden arbeiten) aufsuchen und sich von diesem behandeln lassen. Eine Ablehnung der Behandlung durch den Vertragsarzt ist nur unter eng begrenzten Bedingungen möglich. Das gilt unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit, dem Wohnort oder dem Geldbeutel des Versicherten. Diese freie Arztwahl ist die wichtigste Wahlfreiheit der Patienten und sichert den im Vergleich zu vielen anderen Ländern sehr niedrighschwelligem Zugang zu Leistungen.

### Patientenschutz im Kollektivvertrag

Der Kollektivvertrag und das KV-System sind derzeit – gemeinsam mit den Partnern in der Gemeinsamen Selbstverwaltung – dafür zuständig, die Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung zu sichern und zu fördern. Dazu sind eine Vielzahl unterschiedlicher Maßnahmen etabliert worden. Viele ambulante Leistungen, die aufgrund ihrer Schwierigkeit oder ihrer hohen Bedeutung für den Patienten einer besonderen Erfahrung oder Fortbildung des ausführenden Arztes bedürfen, unterliegen strengen Regelungen. Bestimmte Leistungen dürfen zum Beispiel nur von Ärzten erbracht werden, die eine Mindestzahl davon nachweisen können. Diese Frequenzregelungen sind sinnvoll, können aber nur krankenkassenübergreifend im Kollektivvertrag umgesetzt werden. Viele Maßnahmen der Qualitätsförderung sind ebenfalls nur krankenkassenübergreifend umzusetzen. So muss zum Beispiel ein Qualitätsmanagement-System (QM-System) von allen Krankenkassen akzeptiert werden; krankenkassenspezifische QM-Systeme sind nicht darstellbar. Auch Qualitätszirkel (QZ) arbeiten in der Regel krankenkassenübergreifend;

es ergibt für Ärzte keinen Sinn, einen QZ der AOK zu besuchen und für jeden weiteren Vertrag einen anderen. Der Patientenschutz kann in krankenkassenspezifischen Vollversorgungsverträgen nicht mehr in ausreichender Weise gewährleistet werden.

### Versorgungsgerechtigkeit gefährdet

Der Kollektivvertrag sorgt zudem dafür, dass jeder Patient einen gleichförmigen Anspruch auf Leistungen hat. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung wird vom Gesetzgeber grundsätzlich festgelegt; die konkrete Ausformung ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übertragen. Das ändert sich selbstverständlich auch nicht in den selektiven Vollversorgungsverträgen. Aber: Das Leistungsangebot wird sich sehr schnell sehr stark differenzieren, sodass die Realisierung der Ansprüche je nach Krankenkassenzugehörigkeit in selektiven Verträgen sehr schnell höchst unterschiedlich wird. Eine Krankenkasse, die in einer Region nur wenige Versicherte hat, ist dort gar nicht in der Lage, ein umfassendes Leistungsangebot über selektive Verträge vorzuhalten. Sie wird in solchen Gebieten nur noch mit wenigen Ärzten Verträge haben, was den Zugang zu Leistungen und die freie Arztwahl extrem einschränkt. Für ein solidarisches Krankenversicherungssystem ist dies höchst problematisch, weil es so zu eklatanten Ungerechtigkeiten kommen kann.

Außerdem können in selektiven Verträgen auch zusätzliche Leistungen verankert werden, die im Kollektivvertrag nach den Regelungen des G-BA nur eingeschränkt oder nur in bestimmten Zeiträumen zulässig sind. Ein Beispiel dafür ist die Vorsorge. Viele Verträge sehen eine höhere Frequenz oder ein niedrigeres Alter für bestimmte Vorsorgeuntersuchungen vor. Die Glaubwürdigkeit wird unterminiert, wenn im G-BA aufgrund medizinischer Evidenz eine Untersuchung nur im Zweijahresrhythmus vorgesehen ist, eine Krankenkasse aber einen jährlichen Rhythmus vertraglich vorschreibt. Das öffnet der Kritik an der Gemeinsamen Selbstverwaltung und ihren Entscheidungen doch Tür und Tor und untergräbt deren Legitimation.

Überhaupt wird in strukturschwachen Gegenden der Erhalt eines Angebots insgesamt sehr viel schwieriger sein als über krankenkassenübergreifende Kollektivverträge. Wie wollen Krankenkassen im Wettbewerb Vertragsärzte in unterversorgte Gebiete holen? Sie müssten alle mit einem niederlassungswilligen Arzt kontrahieren; dieser könnte die Vielzahl der Verträge überhaupt nicht mehr verwalten. Die Sicherstellung ist gerade angesichts des drohenden Ärztemangels und der demografischen Entwicklung nur krankenkassenübergreifend und damit im Kollektivvertrag zu gewährleisten.

Auch in der Vergütungssystematik in den meisten hausarztzentrierten Vollversorgungsverträgen liegen erhebliche Gefahren, denn die hohe Pauschalierung ist leistungsfeindlich und schafft Intransparenz. Die Gefahr, dass die Zahl der Überweisungen steigt, ist groß. Außerdem ist klar: Über kurz oder lang wird auch in diesen Verträgen eine Art Mengensteuerung eingeführt werden müssen, denn ein unbegrenztes Ansteigen der Leistungsmenge ist für Krankenkassen dauerhaft nicht finanzierbar. Das kann unter Umständen sehr schnell gehen: Der bayerische Hausärzteverband hat bereits angekündigt, dass bestimmte Zuschläge quotiert werden müssen, sollte sich das Abrechnungsverhalten nicht entsprechend verändern. Der bestehende angebliche Vorteil für Vertragsärzte wird also voraussichtlich nicht lange währen.

Mit der Pauschalierung in kassenspezifischen Verträgen ist außerdem nicht mehr gewährleistet, dass die für eine gute Versorgungssteuerung notwendigen Daten erhoben und verarbeitet werden können. Zudem gibt es künftig keine Stelle mehr, die über die ambulanten Daten insgesamt verfügt: Krankenkassenspezifische Verträge bedeuten kassenspezifische Datenhaltung. Einen Gesamtüberblick, wie ihn das KV-System derzeit hat, gibt es dann nicht mehr. Versorgungsforschung und Versorgungssteuerung werden damit deutlich erschwert.

Die größte Gefahr für eine gute Versorgung gesetzlich Versicherter liegt aber woanders: Bisher sind die ambulante hausärztliche und die

fachärztliche Versorgung im Kollektivvertrag miteinander bestens verzahnt und aufeinander abgestimmt. Die derzeitige Entwicklung der selektiven Vollversorgungsverträge konzentriert sich aber auf die hausärztliche Versorgung; diese droht sich vollständig von der fachärztlichen Versorgungsebene abzukoppeln. Es werden neue Grenzen geschaffen, die eine patientenorientierte Behandlung im haus- und fachärztlichen Bereich erschweren werden. Damit werden unnötige und schädliche Schnittstellen geschaffen.

### Risiken für Patienten

Die Risiken für Patienten sind hoch: Die freie Arztwahl wird eingeschränkt, weil sie nur noch teilnehmende Ärzte wählen können und an diese in der Regel für mindestens ein Jahr gebunden sind. Die Versorgung in schon heute unterversorgten Gebieten wird voraussichtlich noch schlechter, weil Krankenkassen im Wettbewerb keinen ausreichenden Anreiz zur Niederlassung in solchen Gebieten bieten können. Die Bildung eines eigenen Versorgungsbereichs für die hausärztliche Versorgung schafft neue, schädliche Schnittstellenprobleme. Die Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb des Geltungsbereichs eines solchen Vertrags wird ebenfalls extrem schwierig: Wenn der bislang von den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführte Fremdkassenzahlungsausgleich entfällt, muss in solchen Fällen entweder die Kostenersatzung greifen oder die Krankenkassen müssen einen eigenen, extrem aufwendigen neuen Zahlungsausgleich kreieren.

### Risiken für Vertragsärzte

Die Risiken für Vertragsärzte sind ebenfalls hoch: Sie geraten durch selektive Vollversorgungsverträge in direkte Abhängigkeit marktmächtiger Krankenkassen. Denn sie haben keinen Anspruch auf Vertragsabschluss und damit keine langfristige Planungssicherheit. Sollte eine Krankenkasse ihren Vertrag nicht erneuern, steht die Existenz auf dem Spiel. Das macht erpressbar! Die Freiberuflichkeit wird damit ausgehöhlt, gegebenenfalls sogar vollständig untergraben. Dabei ist die Freiberuflichkeit, also die Unabhängigkeit in medizinischen Fragen

(siehe (Muster-)Berufsordnung), enorm wichtig für ein gutes Patienten-Arzt-Verhältnis und für die Versorgung insgesamt. Der Kollektivvertrag und die Kassenärztlichen Vereinigungen mögen oft unbeliebt sein, aber der Schutz, den sie bieten, entfällt dann ersatzlos.

### Risiken für Krankenkassen und die Gemeinsame Selbstverwaltung

Für Krankenkassen ist ein Szenario ohne Kollektivvertrag ebenfalls problematisch: Sicherstellung, Qualitätssicherung und andere krankenkassenübergreifende Aufgaben müssen dann entweder entfallen oder erfordern den Aufbau einer neuen eigenen Struktur dafür. Ihnen fehlt dann ein kompetenter, alle Arztgruppen umfassender Ansprech- und Vertragspartner. Außerdem lebt das Streikrecht der Ärzte wieder auf: Scheitern Vertragsverhandlungen, gilt im Kollektivvertrag, dass bis zu einer Entscheidung der Schiedsstelle der alte Vertrag weiterhin gültig ist. Bei selektiven Vollversorgungsverträgen gilt das nicht; die Ärzte können per Streik versuchen, ihre Forderungen durchzusetzen. Ob und wie die Gemeinsame Selbstverwaltung in einem System aus kassenspezifischen Selektivverträgen funktionsfähig und vor allem legitimiert ist, bleibt unbeantwortet.

### Sinnvoller Wettbewerb: Selektivverträge ergänzen den Kollektivvertrag

Die Zerschlagung des Kollektivvertrags und des KV-Systems wäre aus den genannten Gründen heraus extrem schädlich für eine gute ambulante ärztliche Versorgung gesetzlich Krankenkassenversicherter. Deshalb ist der Gesetzgeber aufgerufen, die derzeitige unhaltbare Situation durch die Einführung einer sinnvollen Wettbewerbsordnung zu klären. Diese kann wie folgt aussehen: Wettbewerb über selektive Verträge wird auf allen Ebenen zugelassen, allerdings ergänzen solche Verträge den Kollektivvertrag, sie ersetzen ihn nicht. Sie werden als Suchmodell für Versorgungsverbesserungen und Steigerung der Wirtschaftlichkeit genutzt; haben sie sich nachweislich bewährt, sind sie in die Regelversorgung und damit in den Kollektivvertrag zu überführen. Das ist gerecht, fair und zukunftsorientiert.



## Literatur

- Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-OrgWG. Bundesgesetzblatt 17. Dezember 2008. Teil I Nummer 58. S. 2427.
- GKV-Modernisierungsgesetz – GMG. Bundesgesetzblatt 19. November 2003. Teil I. Nummer 55.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (2005): 50 Jahre KBV – Rückblick auf eine bewegte Zeit. Deutscher Ärzte-Verlag. S. 8-10.
- MBO – (Muster-)Berufsordnung der Bundesärztekammer vom 24. November 2006. S. 7.
- Rechtsgutachten – Rechtliche Probleme hausarztzentrierter Versorgung – Zu den Grenzen des Vertragswettbewerbs durch Selektivverträge in der ambulanten Gesundheitsversorgung gem. § 73b Absatz 4 und 4a SGB V.
- Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73b SGB V in der Fassung des GKV-WSG zwischen der AOK Baden-Württemberg, HÄVG Hausärztlicher Vertragsgemeinschaft eG, MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH und den teilnehmenden Hausärzten sowie dem Deutschen Hausärzterverband Landesverband Baden-Württemberg und MEDI Baden-Württemberg e. V. Anlage 12.