

Selektiv gegen Kollektiv. Oder doch ein Miteinander?

Zwei Drittel aller Orthopäden in Baden-Württemberg machen mittlerweile beim ersten und bislang einzigen flächendeckenden Selektivvertrag mit Fachärzten in einem Bundesland mit. Nach allen vorliegenden Zahlen ist der Vertrag medizinisch wie finanziell ein Erfolg. Zumindest im Südwesten sieht selbst die KV die Sache positiv.

So viel Lob ist selten. Endlich gebe es „regelmäßig gezielte, auf der Basis von Versorgungspfaden sinnvoll koordinierte Überweisungen“ und eine „explizite Orientierung an evidenzbasierten, qualitativ hochwertigen Entscheidungsgrundlagen“, erklärt Oktober 2018 Professor Ferdinand M. Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main und Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Die AOK Baden-Württemberg habe definitiv eine Vorbild- und Pionierfunktion mit „bundesweit beachteter Ausstrahlung“ übernommen.

Die derart gelobte Kasse präsentierte damals neue Daten, aus der mittlerweile vierten externen Evaluation ihrer Selektivverträge in Baden-Württemberg. Gerlach war einer der beauftragten Wissenschaftler.

2008 war es die AOK im Südwesten, die als erste Kasse überhaupt im Bundesgebiet einen frei verhandelten Selektivvertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) abschloss. Vertragspartner: der Deutsche Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg e.V., MEDI Baden-Württemberg e.V. nebst MEDIVERBUND Aktiengesellschaft sowie die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG.

2004 machte der Gesetzgeber solche Selektivverträge möglich, die Kassen neu direkt mit Ärzteverbänden neben der KV abschließen konnten. 2007 wurde dann im § 73b SGB V die ganze Sache verpflichtend. Kassen müssen heute ihren Versicherten die Teilnahme an Selektivverträgen zur HZV anbieten. Sie schließen dafür mit anderen Ärzteorganisationen und Verbänden als der KV Verträge zur Versor-

gung ihrer Versicherten ab. Deren Teilnahme wiederum ist freiwillig. Wer sich einschreibt, bindet sich an den Besuch bei einem bestimmten Hausarzt. Zum Ende eines Jahres gibt es die Möglichkeit, ohne Angabe von Gründen auch wieder zu kündigen.

Etliche Kassen waren nicht gerade scharf auf die neuen Möglichkeiten zur Vertragsgestaltung. Die AOK Baden-Württemberg hingegen machte sich das Modell zu eigen – sie ist bis heute Vorreiter geblieben. Mittlerweile spricht sie von der „Alternativen Regelversorgung“.

Immerhin, die Zahlen im Südwesten sprechen bislang für sich. 1,6 Millionen von insgesamt mehr als 4,4 Millionen Versicherten der AOK BW haben sich unterdessen in das Programm eingeschrieben.

Die im Oktober 2018 vom Institut für Allgemeinmedizin der Uni Frankfurt und der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg (AG Joachim Szecsenyi) vorgelegte Evaluation basiert auf der Auswertung von Routinedaten der AOK BW für die Jahre 2012 bis 2016 und kommt auf eine ganze Reihe an positiven Effekten des Programms: Innerhalb des betrachteten 5-Jahres-Zeitraums ergeben sich rechnerisch 1700 vermiedene Todesfälle unter den 700 000 Versicherten, die bei der HZV mitmachen – verglichen mit einer gematchten Kontrollgruppe aus der Regelversorgung. Dito 4000 schwerwiegende Komplikationen weniger bei 120 000 Diabetikern im Programm. Und 1,2 Millionen „unkoordinierte Facharztkontakte“ weniger auf 1 Million Versicherte pro Jahr.

Auch die Kasse stimmt offenbar bei der Kasse. Für 2017 rechnete die AOK Baden-Württemberg mit Ausgaben von 618 Millionen Euro in ihren Selektivverträgen. Demgegenüber kalkuliert sie mit höheren Ausgaben von 668 Millionen, die eine entsprechende Versorgung im KV-System erfordert hätte. Unter anderem eine „rationale Arzneimitteltherapie“ und weniger Krankenhauseinweisungen bei den Versicherten in den Selektivverträgen sollen es möglich gemacht haben. Ein Saldo von

50 Millionen eingesparten Euro in den Selektivverträgen.

Verträge?

Es sind bereits mehrere. Seit 2010 sattelt die AOK BW auf die hausarztzentrierte Versorgung auch noch das Angebot, sich zusätzlich in einen Facharztvertrag einzuschreiben. Dann gilt obendrein: Besuch beim Facharzt erst auf Überweisung durch den Hausarzt – und zwar bei einem Facharzt, der in diesem Programm mitmacht. Spielregeln für diese Verträge gab bis 2015 der § 73c SGB V, seit 2015 werden derartige Verträge nach einem § 140a SGB V abgeschlossen, der die „Besondere Versorgung“ regelt. Es bleibt für Kassen bis heute, anders als bei der HZV, freiwillige Entscheidung, ob sie auch solche Facharztverträge abschließen.

Versicherte von AOK und Bosch BKK, die sich heute im Südwesten zusätzlich in den Facharztvertrag einschreiben, verpflichten sich, bei Überweisung durch ihren Hausarzt zu einem Kardiologen, Gastroenterologen, Psychotherapeuten/Psychiater/Neurologen, Orthopäden, Diabetologen, Urologen oder internistischen Rheumatologen zu gehen, der im Facharztprogramm der AOK mitmacht. Für all diese Gebiete hat die AOK im Südwesten mittlerweile eigene Selektivverträge abgeschlossen. Dies alles bei bislang Jahr um Jahr kräftigen Zuwächsen. Verträge zur Nephrologie, Pulmologie und HNO sollen folgen.

Mittlerweile nehmen an die 5000 Hausärzte in Baden-Württemberg am Programm teil sowie 2500 Fachärzte und Psychotherapeuten.

Die AOK Südwest bewirbt das Ganze bewusst als Alternative zur Regelversorgung und möchte diese Versorgungsform weiter ausbauen. Man baue damit „ein zukunftsweisendes Konzept für den Aufbau einer Alternativen Regelversorgung, die hausärztliche und fachärztliche Flächenversorgung strukturell miteinander verzahnt“.

Die KV bleibt hier weitgehend außen vor. Mehr noch – sie muss Einbußen im Hono-

rartopf hinnehmen, den sie unter den Ärzten für die Regelversorgung Quartal um Quartal verteilt.

Nach einer komplexen Rechnung wird zwischen Selektivverträgen und Regelversorgung bereinigt. Dabei wird, vereinfacht gesagt, kalkuliert, was die Behandlung der Patienten im Selektivvertrag in der Regelversorgung gekostet hätte, und diese Summen überweisen die Kassen, die Selektivverträge unterhalten, entsprechend weniger in den großen Honorartopf der KVen.

2018 flossen nach Angaben von Medi in Stuttgart rund ein Viertel der Arzthonorare für die ambulante Versorgung in Baden-Württemberg in diese „Alternative Regelversorgung“.

2014 ging der Vertrag für die Orthopäden an den Start. Vertragspartner sind hier AOK BW, MEDI Baden-Württemberg und Berufsverbände – der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. und Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen Deutschlands e.V. Zum 01.01.2018 wurde der Vertrag ergänzt um das Fachmodul Rheumatologie. Der Orthopädie-Vertrag ist – wie alle Verträge im Haus- und Facharztprogramm – auf Dauer angelegt. Und nach dem, was so auf Tagungen zu hören ist, sind die teilnehmenden Orthopäden zufrieden.

Zumindest nach Lesart mancher Protagonisten ist es die Wiederholung einer Erfolgsgeschichte, die sich bereits mit der HZV anbahnte. „Ich muss endlich keine Einzelleistungen mehr abrechnen, um ein Honorar zu erhalten“, kommentiert Burkhard Lembeck. Eine neu vorrangig mit Pauschalen gestaffelte Honorierung gebe dem Arzt endlich wieder die Handlungsfreiheit, seinem Patienten das anzubieten, was wirklich nötig ist – oftmals die Zeit für ein Gespräch. Der niedergelassene Orthopäde wirbt im ZfOU-Interview vehement für eine Versorgungsform, die er mitentwickelt hat (siehe das Interview ab S.9). Lembeck verhandelte als Vorsitzender des BVOU-Landesverbandes in Baden-Württemberg und als Sprecher von Medi den Orthopädievertrag im Südwesten seit 2009 entscheidend mit. Fünf Jahre dauerte es, bis das andersartige Honorierungs-

konstrukt stand. Und vorsichtig formuliert mussten sich da Verhandlungspartner zusammenschließen, die zuvor nicht gerade als natürliche Verbündete agierten. Heute allerdings rühmt Lembeck die inhaltliche Arbeit von Kasse und Ärzten, die in gemeinsamen Ausschüssen die Versorgung festlegten.

Patienten winken vordergründig Versorgungsvorteile, mit denen die Projektpartner auch ausdrücklich werben:

- schnellere Terminvergabe, binnen 14 Tagen ein Termin beim Orthopäden – so der Hausarzt dies für nötig erachtet
- einen Abendtermin für die Sprechstunde bis 20.00 Uhr
- nach Möglichkeit Wartezeiten von höchstens 30 Minuten
- keine Zuzahlung bei vielen rabattierten Medikamenten – für AOK-Versicherte
- Koordination der Behandlung durch den Hausarzt

Der Vertrag übernimmt laut Präambel ausdrücklich die Sicherstellung der Versorgung für die Patienten, die sich einschreiben. So ging der Orthopädievertrag 2014 auch erst dann an den Start, als in BW ein Mindestquorum von 200 niedergelassenen Orthopäden erreicht war. Ende September 2019 waren nach Angaben der AOK BW 633 Fachärzte dabei, einschließlich Rheumatologen, und damit zwei Drittel aller Orthopäden in BW. Knapp über 700 000 Versicherte der AOK BW waren im Facharztvertrag eingeschrieben, Tendenz steigend. Vom 2. Quartal 2017 bis zum 2. Quartal 2018 wurden rund 480 000 Behandlungsfälle im Rahmen des Facharztprogramms (FAP) Orthopädie abgerechnet..., erklärt die AOK in Stuttgart.

Die Grundstruktur dieser Verträge ist anders als in der Regelversorgung. Bei den Verträgen im Südwesten ist die KV außen vor. In deren Rolle schlüpft die Medivereinigung AG, sie übernimmt als Managementgesellschaft die Kalkulationen und Verteilung der Honorare an die teilnehmenden Ärzte, kassiert dabei im Übrigen wie die KV eine Verwaltungsgebühr von jedem Arzt, der am Selektivvertrag mitmacht.

Die Honorare in den Verträgen aber sind, anders als in der Regelversorgung, grund-

sätzlich nicht budgetiert – Ärzte können so viele Patienten behandeln, wie sie möchten. Die Honorare sind fix – es gibt keine Abschläge ja nach Patientenaufkommen.

Und – primär sichern dem Arzt einige Grundpauschalen sein Einkommen, in die ein guter Teil der Basisleistungen, die im KV-System einzeln abgerechnet werden, integriert wurden.

Das beginnt mit einer Grundpauschale P1 für Basisleistungen, es sind 26 Euro pro Patient und Quartal – wenn der auch tatsächlich in die Praxis kommt. Es gibt, anders als in den meisten HZV-Verträgen, hier keine kontaktunabhängigen Pauschalen. Danach folgt zusätzlich eine Pauschale bei 4 Erkrankungsgruppen, deren Behandlung als arbeitsaufwendiger gilt. Das ist eine Pauschale P2A, alias 16 Euro im Quartal bei der Versorgung von Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen, P2B bietet 16 Euro bei spezifischen Rückenschmerzen. Bei Gon- und Koxarthrose bietet P3 15 Euro, P4 wiederum bringt 20 Euro bei Patienten mit Osteoporose, und P5 alias 25 Euro, gibt es bei der Diagnose rheumatoide Arthritis. Hinzu kommen Pauschalen für Beratungsleistungen und eine Vielzahl an Ziffern für Einzelleistungen.

Primäres Ziel der Versorgung im Facharztvertrag Orthopädie ist es, die Versorgungsqualität zu verbessern und Fehlversorgung zu verringern, wie es der Sachverständigenrat Gesundheit seit Jahren fordert, erklärt die AOK BW. Der Vertrag fördere Maßnahmen, die „laut internationaler wissenschaftlicher Studien positiv auf den Krankheitsverlauf wirken“. Geboten werde daher nicht nur die nötige apparative Diagnostik und Therapie. Sondern vor allem auch:

- Förderung und Beratung der eingeschriebenen Versicherten für mehr Motivation und Autonomie beim Umgang mit ihren Erkrankungen. Dies ganz im Sinne eines „biopsychologischen Versorgungsansatzes“.
- Ein Schwerpunkt liegt auf der „Sprechenden Medizin“ – Aufklärung des Patienten durch den Orthopäden. Sei es über die Funktionsweise des menschlichen Bewegungsapparats, sei es, ihn zu motivieren, seinen Lebensstil so zu

verändern, dass er seine Beschwerden positiv beeinflussen kann. Fehlbelastungen vermindern und sich im Alltag – angepasst an die individuellen Beschwerden – mehr bewegen.

- Hinzu kommen direkte Angebote zu mehr Sport und Bewegung, etwa über Zusammenarbeit mit örtlichen Sportvereinen und dem Deutschen Olympischen Sportbund, zudem Angebote der AOK-eigenen Rückenstudios und das Hüft-Knie-Programm der AOK Baden-Württemberg, das in Zusammenarbeit mit der Universität Tübingen für Arthrosepatienten entwickelt wurde.

Ja und? Die Ende 2018 vorliegende Evaluation der Selektivverträge in BW macht auch erste Anhaltspunkte zum Orthopädievertrag. Schon für 2016, mithin gerade mal 2 Jahre nach Start, sehen die Evaluierer messbare Erfolge. Patientinnen und Patienten mit unspezifischem Rückenschmerz, die am Facharztprogramm teilnehmen:

- bekamen in den ersten 6 Wochen nach der Diagnose, verglichen mit einer Vergleichsgruppe aus der Regelversorgung, seltener eine gemäß Leitlinie überflüssige Bildgebung
- mussten seltener krankgeschrieben werden (8,5% weniger als in der Vergleichsgruppe)
- benötigten seltener aufgrund ihrer orthopädischen Erkrankung eine Krankenhausbehandlung als Patienten in der Regelversorgung (3,25% weniger)

Lembeck sieht noch grundlegendere Vorzüge dieser Verträge: Durch sie werde es überhaupt erst wieder möglich, begrenzte Facharztressourcen so einzusetzen, dass die Patienten, die wirklich den Orthopäden brauchen, den auch wirklich zeitnah bekommen. Der vorgeschaltete Filter durch die Hausärzte sei zwingend nötig, damit Facharztpraxen eben nicht mehr von zahlreichen Patienten geflutet werden, die direkt kommen, aber am Ende ein unkompliziertes Leiden haben, das auch beim Hausarzt in guten Händen ist (siehe das Interview auf S. 9).

Da verwundert, dass es nicht längst in anderen Bundesländern ähnliche Konstrukte gibt. Bislang ist der Facharztvertrag in BW ein Solitär geblieben.

Ein Grund: Das Fundament, die hausarztzentrierte Versorgung, fasst eher zögerlich Fuß in anderen KV-Bezirken. Das zeigt der Blick auf die Summen, die für Bereinigungen zwischen Selektivverträgen und KV-System verschoben werden. 225,8 Millionen Euro wurden im 2. Quartal 2017 nach der Statistik der KBV dem KV-System an morbiditätsbedingter Gesamtvergütung entzogen. Davon die Hälfte, 109,4 Millionen, in Baden-Württemberg. Nennenswerte Größenordnungen gibt es noch in Bayern (66,0 Millionen), Westfalen-Lippe (19,1 Millionen), Nordrhein (11,4) und Hessen (8,7 Millionen). Gar nichts muss in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern bereinigt werden. Zum Vergleich: Im KV-System rollierten allein in diesem Quartal 9,6 Milliarden Euro.

Fürchten die KVen den Machtverlust durch eine neue „Alternative Regelversorgung“? Selbst in Baden-Württemberg sieht man den Abfluss von Mitteln aus den eigenen Etats bei der KV offenbar gelassen. Ja, es gebe Bereinigungen – aber zunächst bleibe festzuhalten, dass die Mitglieder keinerlei finanzielle Nachteile hätten, betont Kai Sonntag, Sprecher der KV in Stuttgart. Die Ärzte, die zusätzlich zur Teilnahme an der Regelversorgung auch beim Selektivvertrag mitmachten, hätten ja sogar Mehreinnahmen. „Und alles, was unseren Mitgliedern nützt, finden wir positiv“, meint Sonntag. Von einer Übernahme des KV-Systems durch mehr und mehr Verlagerung von Leistungen könne aktuell keine Rede sein. Vielleicht 2,6 Millionen Versicherte in Baden-Württemberg bekämen ihre hausärztliche Versorgung aktuell über Selektivverträge, bei insgesamt knapp 10 Millionen. Beim Facharztvertrag sind es noch mal deutlich weniger. Nein, zumal beim Blick in andere KV-Bezirke mit deutlich niedrigeren Beteiligungen bei der HZV sei ihm da nicht bange, meint Sonntag.

Die KV in BW spürt die Bereinigung über den Verwaltungskostenbeitrag, den sie erhebt und der prozentual auf den Gesamtopf an Mitteln erhoben wird. Der mache zwischen 90 und 95 Prozent der eigenen Einnahmen aus, erklärt Sonntag. Zweimal wurde dieser Verwaltungskostenbeitrag seit 2008 angehoben – 2010 und 2017

um ein paar Zehntelprozentpunkte, wie Sonntag betont.

Inwieweit sinkende Einnahmen aufgrund der Selektivverträge eine Rolle bei diesen Erhöhungen spielten, vermag der Pressesprecher nicht zu beantworten. Dafür seien zeitgleich zu viele weitere Veränderungen im Gesundheitswesen passiert – etwa der teure Aufbau von Notfallambulanzen an den Kliniken, den die KV gestemmt habe. Weiterhin neu aufgenommene finanzielle Förderung der Weiterbildung von Ärzten in niedergelassenen Arztpraxen.

Natürlich hätten die Selektivverträge finanzielle Relevanz für die KV. Die hat schlicht weniger zu verteilen. Andererseits habe die Vertreterversammlung, zuständig für die Verabschiedung des Haushalts, bislang den Verwaltungskostenbeitrag der KV noch immer so aufgestellt, dass die auch bei sinkendem Etat ihre Ausgaben bestreiten kann. Sonntag: „Wir gehen davon aus, dass das auch in Zukunft so bleibt.“

In der Frühphase der Selektivverträge flogen hingegen die Fetzen, da, so Sonntag, habe das Thema das Zeug gehabt, die Ärzteschaft im Land zu spalten. Der MEDIVERBUND Baden-Württemberg – er ist über seine AG die Managementgesellschaft in den Selektivverträgen von AOK und vielen anderen Kassen – verstand sich von Anfang an klar als der Antipode zur KV: „Die KVen waren als Körperschaften aufgrund der zunehmenden politischen Regulierung nicht konfliktfähig und auch nicht konfliktwillig, um die Interessen ihrer Mitglieder erfolgreich zu vertreten und der Bevölkerung die bis dato gewohnte Versorgung auch in Zukunft zu garantieren“, schreibt der Verein in seiner Selbstdarstellung. MEDI entstand in Baden-Württemberg, mittlerweile ist die MEDI GENO Deutschland e.V. in 12 von 16 Bundesländern vertreten.

In den letzten Jahren aber sei in Baden-Württemberg Ruhe zum Thema eingekehrt. Kein Wunder: MEDI hat die KV in Baden-Württemberg quasi übernommen, der Verein stellt die Mehrheit der Mitglieder in der Vertreterversammlung.

Mehr noch: Die Zufriedenheit der Ärzte in BW sei vergleichsweise hoch, meint Sonntag. Vor allem auch bei den Hausärzten. Offizielle Sprachregelung bei der KV im Südwesten: Es gebe ein harmonisches Miteinander von Selektiv- und Kollektivvertrag in Baden-Württemberg.

Auch ganz praktisch gibt es Zusammenarbeit. Die AOK und die BKK erfüllen durch das Angebot der Vertragspartner den Sicherstellungsauftrag gegenüber den teilnehmenden Versicherten, erklärt vollmundig die Präambel des Selektivvertrags Orthopädie/Rheumatologie in Baden-Württemberg. Und doch nicht ganz: Der Notdienst läuft auch für Versicherte im Selektivvertrag unter Ägide der KV.

Bleibt eine deutlich skeptischere, am Ende gar widerspenstigere Sicht manch anderer Kassen auf solche Selektivverträge. Die Verpflichtung, solch ein Angebot für ihre Versicherten zu machen, wird mal mehr, mal weniger engagiert umgesetzt. Auch die TK bietet einen Hausarztvertrag heute bundesweit an. Generell habe man aber nicht vor, dem Patienten vorzuschreiben, zu welchem Arzt er zu gehen hat, betont Markus Koffner, Leiter Regionales Vertragswesen bei der TK in Stuttgart (siehe das Interview auf S. 14). Die TK schließe Selektivverträge dort ab, wo das KV-System Lücken habe. Im Bereich Orthopädie sieht die Kasse zwar Defizite der Versorgung zum Beispiel bei Rückenschmerzen, setzt aber auf die Zusammenarbeit und Behandlung schwerer Fälle in spezialisierten Zentren. Hinzu kommt ein bundesweites Angebot für Zweitmeinungsverfahren.

Das KV-System bleibt für die TK die Basis der Versorgung – und, folgt man Koffner, macht es seinen Job grosso modo gut. Nein, die TK, strebe keine alternative Regelversorgung an. Wenn sich zeige, dass Selektivverträge echte Verbesserungen bringen für die Versorgung, dann sollten ihre Elemente in die Regelversorgung integriert werden – das sei der richtige Weg.

Als just die KBV September 2019 einmal mehr ein „Primärarztmodell“ als Option für alle Versicherten vorschlug – nichts anderes als die Anerkennung, dass die HZV-Modelle tatsächlich überzeugende

medizinische Daten vorlegen, hagelte es heftigen Protest. Und zwar ausgerechnet seitens mancher Protagonisten der Selektivverträge. Etwa dem Hausärzteverband.

16 000 Hausärztinnen und Hausärzten agieren nach Angaben des Hausärzteverbands heute bundesweit im Rahmen der Selektivverträge für die HZV, das ist etwa ein Drittel. 5,2 Millionen Versicherte sind in die HZV eingeschrieben, weitere 1,9 Millionen in Add-on-Verträge, die nicht über den Hausärzteverband organisiert sind – macht in Summe an die 10% aller gesetzlich Versicherten. Und diese Verträge sollten bitteschön auch Sache der Hausärzte bleiben, wie Ulrich Weigelt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes September 2019 auf der Delegiertenversammlung deutlich machte.

Entscheidend sei, dass diese Verträge nur die Hausärzte selbst und eigenständig mit den Krankenkassen verhandeln und abschließen. Allen Versuchen, ob über ein KBV-Wahltarifmodell oder wie auch immer, diese HZV in die Kollektivvertragliche Versorgung mit ihren fachärztlichen Mehrheiten zu überführen, erteile man eine klare Absage! Weigelt: „Es bleibt ganz klar dabei, die hausarztzentrierte Versorgung kann nur von und mit uns Hausärztinnen und Hausärzten organisiert werden und von niemand anderen.“¹

Gefahren argwöhnnten Protagonisten noch November 2019 aus einer ganz anderen Ecke. Der Entwurf für das zunächst Faire-Kassenwahl-Gesetz, mittlerweile mutiert zum Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz, GKV-FKG, sieht vor, dass der § 140a Absatz 2 Satz 7 im SGB V ersetzt wird durch die Formulierung: „Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind unzulässig.“ Auch früher getroffene Verträge in dieser Richtung sollen angepasst werden.

¹ Ulrich Weigelt. Bericht zur Lage anlässlich der Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzteverbandes am 26./27. September 2019 in Berlin. Im Internet: https://www.hausaerzteverband.de/fileadmin/user_upload/Veranstaltungen/2019_09_25_BzL_des_BV_zur_DV_am_26.-27.09.2019.pdf; Stand 25.11.2019

Im Klartext: Honorierung anhand bestimmter Diagnosen nicht mehr möglich. Für Befürworter der Selektivverträge eine Frontalattacke auf die Honorarstruktur in den Verträgen, auch und gerade im Orthopädievertrag Südwest. Wenn das durchgeht, müsse man die Honorarstruktur des Vertrags komplett ändern, er wisse nicht wie, ohne dass die Grundphilosophie des Vertrags verloren geht, kommentiert Lembeck (siehe das Interview auf S. 9). Ein Kernelement des Vertrags ginge dann verloren. Die AOK Baden-Württemberg protestierte per Pressemeldung Oktober 2019: „Erfolgsgeschichten wie die des Haus- und Facharztprogramms der AOK Baden-Württemberg und ihrer Partner Hausärzteverband und MEDI Baden-Württemberg, in denen die Menschen wissenschaftlich erwiesen besser versorgt werden und sogar größere Chancen auf ein längeres Leben haben, könnten unter diesen Bedingungen in der aktuellen Form nicht fortgeschrieben werden.“

Die 2. und 3. Lesung des Gesetzes im Bundestag ist für Februar 2020 avisiert. Ganz untätig schienen Fachgesellschaften und Berufsverband von Orthopäden und Unfallchirurgen Ende 2019 nicht.

Der CDU-Bundestagsabgeordnete Dietrich Monstadt zum Beispiel ließ anlässlich eines Vortrags auf dem DKOU im Oktober 2019 durchblicken, dass Gespräche mit Vertretern der Szene von O & U durchaus Eindruck auf ihn gemacht hatten. Keinesfalls, betonte Monstadt, dürfe das geplante Gesetz, das ja vorsehe, Diagnosen zur Grundlage von Honoraren für niedergelassene Ärzte zu verbieten, ein „gutes Modell“ wie den Orthovertrag in Baden-Württemberg gefährden. Das hatten ihm wohl noch am Vorabend einige Experten aus O & U nähergebracht. BVOU-Präsident Flechtenmacher und er hätten das ja gestern Abend ausführlich diskutiert, so Monstadt.

Auch die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion im Bundestag, Sabine Dittmar, äußerte sich Mitte November 2019 ähnlich.

Bernhard Epping