

Orthopädievertrag Südwest: das Honorarsystem wieder an die Medizin anpassen



Burkhard Lembeck wirbt dafür, dass gute Behandlung in der Honorarstruktur abgebildet werden muss – das sei der entscheidende Vorteil der Selektivverträge für die HZV und die Facharztversorgung in Baden-Württemberg. Ob sich diese positiven Strukturen auch wieder in das KV-System übertragen lassen, bezweifelt er.

Herr Lembeck – wie soll man Ärzte bezahlen?

In Euro und Cent. Und bitte ohne ein Budget.

Wieso Budget, erst gestern hat mir jemand gesagt, das Budget gebe es in der Praxis doch kaum noch für die Niedergelassenen?

Wer sagt denn so was? Es gibt nach wie vor im ambulanten Bereich mehrere Budgets. Da wäre das Regelleistungsvolumen. Sie sind in der Praxis bei der Fallzahl Ihrer Patienten abgegrenzt und obendrein auch noch in der Summe, die Sie pro Patient für eine Behandlung abrechnen können.

Wie viele Fälle hat eine Praxis wie Ihre?

Die Durchschnittszahlen liegen bei Orthopäden in Baden-Württemberg um die 1100 Patienten, die Sie pro Quartal behandeln und dann regelhaft abrechnen können. Darüber hinaus werde ich abgeriegelt, bekomme erheblich weniger für die Patienten, die über dem Wert liegen. Das schafft natürlich den Anreiz, Patienten,

die am Ende des Quartals neu kommen, vielleicht auch mal nicht mehr zu behandeln, vielmehr ins nächste Quartal zu schieben. Und da sind wir beim Thema, das sind klare Fehlanreize. Dieses KV-System müssen wir ändern, weil es uns als Ärzte unglücklich macht.

So schlimm?

Ich verstehe die KV-Abrechnung ja gar nicht und meinen Kollegen geht das kaum anders. Ich erhalte 6 Monate nach jedem Quartal im KV-System meine Abrechnung für dieses Quartal. Auch heute, seit 15 Jahren in der Niederlassung, verstehe ich das nicht. Vorne drauf findet sich mittlerweile eine Übersicht, die Ihnen angibt, wie viel Sie durchschnittlich pro Patient bekommen. Der Rest ist für mich nicht zu durchdringen.

Wir haben einen Laborbonus, wir haben Malus-Regelungen, wir haben Fallzahlzuwachsbeginnensraten, wir haben was auch immer. Das System ist viel zu kompliziert.

Sie möchten es komplett ersetzen?

Nicht, wenn es reformierbar ist.

Ist das KV-System reformierbar?

Da habe ich meine Zweifel. Das mit dem Budget ist nicht gottgegeben, das könnte man auch wieder abschaffen. Ich bin mir auf jeden Fall sicher, dass wir die Versorgung mit dem vorhandenen Geld im System erheblich besser steuern können, als es derzeit in der Regelversorgung der Fall ist.

Sie haben mitgeholfen, in Baden-Württemberg eine Alternative auf die Beine zu stellen – den Orthopädievertrag.

Ja, 2009 kam der damalige Vorsitzende des Berufsverbandes BVOU in Baden-Württemberg, Klaus Schatton, zu mir und sagte, Burkhard, hör mal, wir sind dabei, einen Selektivvertrag zu verhandeln. Wie wäre es, wenn du da mitmachst? Damals bin ich in die Verhandlungen eingestiegen.

2009? Diesen Orthopädievertrag gibt es realiter erst seit 2014?

Ja, die Verhandlungen haben satte 5 Jahre gedauert.

ZUR PERSON

Dr. Burkhard Lembeck, geboren 1966 in Gescher, Kreis Borken/Westfalen, ist seit 2005 niedergelassener Orthopäde in einer Gemeinschaftspraxis in Ostfildern. Lembeck studierte Medizin in Münster, machte den Facharzt in Chirurgie und Orthopädie, war an Lehrkrankenhäusern in Wuppertal und Essen; Oberarzt an der Uni in Tübingen und absolvierte diverse Stationen in England und den USA. Lembeck übernimmt zahlreiche Ämter in der Ärzteschaft – darunter die BVOU-Präsidenschaft des nächsten DKOU 2020. Er ist BVOU-Vorsitzender in Württemberg, sitzt in der Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg, und ist Sprecher bei MEDI-VERBUND e.V. ;für den Orthopädievertrag Baden-Württemberg. Er war entscheidend mitbeteiligt an den Verhandlungen mit der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK, die 2014 zu diesem ersten Selektivvertrag überhaupt auf Facharzzebene führten.

Kam die Initialzündung zu dem Vertrag von der AOK Baden-Württemberg oder ist das von den Ärzten angestoßen worden?

Sowohl als auch. Der Anstoß zu diesen Selektivverträgen kam vom Gesetzgeber, und bei dem hatte das zum Teil wiederum die Ärzteschaft eingefordert. Die Hausärzte wollten die Lotsenfunktion, die ihnen diese HZV-Verträge heute ja auch zuweisen. Schon 2008 hatte die AOK in Baden-Württemberg zusammen mit MEDI und dem Hausärzterverband den ersten Vertrag zur hausärztlichen Versorgung abgeschlossen. Die AOK BW hat früh ihre Chance darin gesehen. Sie war mit dem System der ambulanten Versorgung unzufrieden und hat sich gesagt, lasst uns was an der KV vorbei entwickeln. Auch die Bosch BKK kam hinzu.

Der Orthopädievertrag sattelt ja als Teil des Facharztvertrages der AOK BW und von BKK Bosch hier in Baden-Württem-

berg auf den Vertrag zur HZV auf. Patienten kommen dabei nur dann zum Orthopäden, wenn der Hausarzt sie überweist und sie können nur zu Orthopäden, die wiederum im Facharztvertrag mitmachen (Anm. Red. Siehe auch die Einleitung zu dieser Beschreibung). Komplett neu dabei ist, dass die Kasse jetzt mit anderen Ärzteverbänden jenseits der KV Versorgung gestaltet.

Ja, und ich sage Ihnen, es hat eine Weile gedauert, bis wir zusammengefunden haben. Als ich im Jahr 2009 in die ersten Verhandlungen mit der AOK gegangen bin, da habe ich nur gedacht, das sind alles meine Gegner hier. Die von der Kasse wollen uns doch nur über den Tisch ziehen, Vorsicht Lembeck, die machen Einsparverträge, pass auf, die Kollegen machen dich hinterher platt, wenn du hier schlecht verhandelst. Es hat auch bei mir Jahre gedauert, bis eine Vertrauensbasis da war. Bis ich gemerkt habe, wir wollen das Gleiche – eine bessere Versorgung für die Patienten. Heute aber sind wir Partner.

Wieso haben Sie eigentlich die MEDIVERBUND AG als Managementgesellschaft dabei? Das hätte doch auch der BVOU übernehmen können?

Das könnten wir gar nicht. Der Berufsverband ist der politische Arm von O & U, der die Interessen seiner Mitglieder in Klinik und Praxis vertritt. Der Selektivvertrag ist eine der Aktivitäten, mit denen wir uns beschäftigen. Aber das praktische Tagesgeschäft, das Management solcher Verträge, die Abrechnung mit den Ärzten, dazu brauchen Sie Leute, die das können. Bei MEDI haben wir die Leute dafür, Betriebswirte, ITler. usw. – die aber wiederum nicht sagen können, wie man Rückenschmerzen am besten versorgt.

Die KV sehen Sie als Konkurrenten?

MEDI war das Gegenmodell zur KV, stellt aber mit dem Hausärzterverband zusammen die Mehrheit in der Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg. Letzten Endes haben wir heute hier im Land Baden-Württemberg zwischen Selektiv- und Kollektivvertrag Einvernehmen. Auch die ganze Bereinigung, all das, wird hier in Baden-Württemberg nicht konflikt gelöst, sondern im Interesse der Ärzte.

Also man kennt und schätzt sich. Es gibt gar keinen Streit KV versus Selektivvertragssystem?

Das ist so, denn alle hier profitieren von diesen Verträgen. Wir haben im Südwesten eine glückliche Konstellation. Wir haben eine Kasse gehabt, die sagt, sie will Selektivverträge, wir haben eine KV, die gesagt hat, wir spielen mit. Und wir haben eine Managementorganisation, MEDI, die es mitmacht.

In der Regelversorgung hat die KV den Sicherstellungsauftrag, wie halten Sie das im Vertrag?

Genau das drehen wir bei unserem Selektivvertrag um. In den Selektivverträgen sitzen die Ärzte mit den Kassen zusammen und planen die bestmögliche Versorgung. Auch nachdem die Verträge geschlossen sind, tauschen wir uns weiterhin laufend in den Lenkungsausschüssen aus, sprechen über die Qualität der Versorgung, machen gegebenenfalls Anpassungen der Verträge. Und ganz egal, ob es um Kardiologie, Gastroenterologie oder Orthopädie geht – wir fragen immer, was ist Stand der Wissenschaft, und versuchen, die Leitlinien in die Versorgung zu übersetzen. Und genau das macht die KV nicht. Verstehen Sie, hier im Selektivvertrag sind wir eben auch inhaltlich unterwegs.

Wirklich? Auch die Regelversorgung basiert doch auf den Leitlinien. Und ich hoffe doch, dass ich auch als Versicherter der Barmer oder der TK nach Stand der Wissenschaft und nach Leitlinien behandelt werde, auch wenn ich nicht in einem Selektivvertrag bin.

Das ist dort der Anspruch, ja.

Geben Sie mir ein Beispiel, wo der Selektivvertrag für die Patienten Verbesserungen bringt. Wo wäre ein Punkt, wo Sie sagen – beim Selektivvertrag gestalten wir die Versorgung konkret besser?

Nehmen wir den Rückenschmerz, das ist für uns das häufigste Thema. 50% der Patienten in orthopädischen Praxen haben Rückenschmerzen. Das Problem beginnt aber vorher – damit, dass viel zu viele dieser Patienten in der Regelversorgung direkt zum Orthopäden kommen.

Wo ist das Problem? Der Orthopäde ist doch der Spezialist, also gehe ich doch gleich zu dem?

Gerade nicht. Denn wir Orthopäden würden dann überrannt. Wir haben gut 5000 Hausärzte in Baden-Württemberg, und gut 500 Orthopäden, 20 bis 30% aller Patienten in den hausärztlichen Praxen sind mit Rückenschmerzen da. Das ist eine erkleckliche Anzahl. Wenn die jetzt alle ungefiltert bei uns Fachärzten reinstürmen, dann ist das viel zu voll, dann komme ich nicht mehr dazu, mich mit den Patienten zu befassen, die wirklich den Orthopäden brauchen.

Die Patienten sollten also alle erst zum Hausarzt?

Absolut. Deswegen passt auch unser Orthopädievertrag sehr gut mit diesem HZV-Vertrag als Grundlage zusammen.

Der entscheidende Punkt ist: Wir brauchen eine viel bessere Koordination der Ressourcen. Eine zentrale Herausforderung in der ambulanten Versorgung wird die Versorgung der immer älter werdenden multimorbiden Bevölkerung werden und das in einer Situation, in der wir sicher nicht mehr Ärzte werden. Das Versorgungsproblem ist nicht der Knickfuß, der Bänderriss beim Sport. Die Herausforderung ist, wie komme ich mit einer älter werdenden Bevölkerung klar, mit Polymorbidität, mit Polymedikation. Und da sehe ich den Generalisten, den Facharzt für Allgemeinmedizin vorne an der Front. Bei diesem Allokationsproblem haben wir mit diesem Haus- plus Facharztvertrag eine gute Antwort gefunden.

Wie ist das bei einer Arthrose, Hüftschmerzen, wird der Hausarzt auch das erst mal alleine behandeln?

In der Regel ja. Allerdings soll ein Patient mit Arthrose wie mit Rückenschmerzen zur Diagnosesicherung bei anhaltenden Problemen auch einmal zum Orthopäden. Das hat aber meistens Zeit. Hat der Orthopäde andere Erkrankungen ausschließen können, kann der Hausarzt in den meisten Fällen weiterbehandeln.

Zugleich muss der Hausarzt aber sehr gut wissen, welchen Patienten er umgehend zum Orthopäden schicken muss?

Sie kennen die üblichen Warnhinweise, die roten Flaggen. Alle diese Warnhinweise haben wir im Vertrag hinterlegt, damit ist klar geregelt, dass der Hausarzt den Patienten zum Orthopäden schickt, wenn das nötig ist. Der Vertrag ist nichts anderes als Leitlinien, die wir in die Versorgung gegossen haben. Und er funktioniert.

Sie wissen, dass Ende 2018 die AOK BW Daten zur Evaluation von Haus- und Facharztverträgen veröffentlicht hat. Danach werden Patienten mit unspezifischem Rückenschmerz im Orthopädievertrag seltener krankgeschrieben, sie müssen seltener ins Krankenhaus. Und wir haben weniger Bandscheibenoperationen verglichen mit einer gematchten Gruppe aus der Regelversorgung (Anm. Red. Download einer Zusammenfassung dieser Evaluation hier: https://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/hzv/daten_und_fakten/).

Wir haben auch Erkenntnisse, dass im Selektivvertrag bei Patienten mit Rückenschmerzen weniger Schmerzmittel zum Einsatz kommen.

Wieso ist das etwas Gutes? Ich dachte, es sei gut, die Patienten mit akuten Rückenschmerzen für einige Tage mit einem Schmerzmittel zu versorgen, damit sie sich bei unkomplizierten Rückenschmerzen einfach weiterbewegen?

Das kommt auf die Medikamente an. Schauen Sie mal in Richtung USA, da wissen Sie, warum weniger Pharma auch etwas Gutes sein kann.

Sie spielen an auf die dortige Opioidkrise?

Ja, genau. Und im Orthopädievertrag gehen wir damit äußerst zurückhaltend mit um.

Worauf setzen Sie? Lassen Sie mich raten – auf Bewegung, lauf weiter?

Da muss man ein bisschen differenzieren, ein richtiger Bandscheibenvorfall, der braucht unter Umständen durchaus auch die gezielte Spritze, unter Umständen auch die Operation, es geht uns niemals darum, dass man Operationen per se ausschließt. Aber sicher – in vielen Fällen hilft ein Schmerzmittel und dann ein Appell, sich eben nicht zu schonen. Oft gehen die Schmerzen nach Tagen wieder weg.

In welcher Form arbeiten Sie mit dem Hausarzt solch eines Patienten zusammen? Rufen Sie den an, ruft der Sie an?

Wir haben in den Vertrag eingebaut, dass Fallkonferenzen mit den Hausärzten zusammen entlohnt werden. Das ist eine Gebührenordnungsposition, die es im KV-System nicht gibt.

Steuert der Hausarzt im Orthopädievertrag sogar die Terminvergabe beim Orthopäden?

Das braucht der gar nicht. Der Patient ruft bei uns an und unsere Leute wissen dann schon, der ist im Facharztvertrag.

Sie behandeln vermutlich Patienten im Selektivvertrag wie in der Regelversorgung?

Richtig.

Und haben womöglich in Ihrer Praxis 2 Wartezimmer? Patienten aus der Regelversorgung bitte nach links, die im Selektivvertrag schön hier entlang, gleich nach rechts, dort geht es dann auch flotter rein zum Doktor?

(lacht) Nein. Natürlich erfassen wir, wie Sie versichert sind. Aber alle Patienten werden von uns bestmöglich behandelt.

Allerdings haben wir uns im Facharztvertrag verpflichtet, dass es einen Termin beim Orthopäden binnen 14 Tagen gibt, und bei hoher Dringlichkeit sofort.

Ja hoppla, und als TK-Patient gucke ich da also doch in die Röhre, tut uns leid – bei Ihnen dauert es etwas länger bis zum Termin.

An der Stelle machen wir einen Unterschied und wir müssen solche Unterschiede machen. Wenn ich weiß, da kommt ein Patient, bei dem der Hausarzt bereits die Notwendigkeit einer Behandlung geprüft hat, dann weiß ich auch, dass es sich um dringliche Fälle handelt. Wenn Sie als Patient hingegen selber entscheiden können, wann Sie zum Orthopäden müssen und zwar dringend, dann werde ich in der Praxis geflutet von Patienten mit Tennisellenbogen, mit Fersensporn und ähnlichen Dingen mehr. Und die wirklich dringlichen Fälle fallen am Ende aus Zeitmangel womöglich sogar hinten runter. Und daraus nehme ich die Berechtigung zu sagen,

dass ich bei der Terminvergabe Patienten im Selektivvertrag bevorzuge.

Und wenn ich dann als TK-Versicherter womöglich motze am Telefon, dann sagt mir die Assistentin – ja Sie könnten ja auch zur AOK und dann in den HZV und Facharztvertrag gehen?

Nein, das darf ich nicht. Und das brauche ich auch nicht, denn die Leute gehen von selbst in den Selektivvertrag hier in Baden-Württemberg. Die Teilnehmerzahlen steigen weiter.

Im Orthopädievertrag wird mehr über Pauschalen abgerechnet – kommt das Ihren Wünschen nach einfacherer Abrechnung entgegen?

Ja, klar. Das ist der große Unterschied zum KV-System, im Selektivvertrag haben wir die Bildgebung und viele weitere Einzelleistungen in Pauschalen versenkt. Und damit erhalte ich als behandelnder Arzt, egal, wie viel ich an Einzelleistungen mache, immer das gleiche Geld. Meine Bezahlung richtet sich überwiegend nach der Morbidität des Patienten, nach seiner Erkrankung.

Damit entfällt die Versuchung, Einzeluntersuchungen zu verordnen, um Geld zu verdienen?

Richtig. Egal – wie oft Sie im Quartal zu mir kommen, ich erhalte dafür eine Grundpauschale. Für die wichtigsten Grunderkrankungen gibt es dann noch mal eine Pauschale oben drauf.

Aber nur wenn ich komme.

Ja. Kopfpauschalen haben nur die Hausärzte in den HZV-Verträgen. Wir haben nur Fallpauschalen. Wir haben 4 Pauschalblöcke, das eine ist Rückenschmerz, dann Arthrose, dann Osteoporose und dann Rheuma. Bei diesen schweren Erkrankungen gibt es Zusatzpauschalen.

Und die Zeit wird extra vergütet. Beim zweiten Kontakt gibt es für den Zeitbedarf zwar nichts, beim dritten Kontakt und jedem weiterem im Quartal gibt es aber jeweils 15 Euro zusätzlich. Bis zum 10. Kontakt pro Quartal.

Und in der Regelversorgung stellen Sie sich da am Ende finanziell sogar schlechter?

Der durchschnittliche Fallwert ist im KV-System 53 Euro im Quartal. Und im § 73c-Vertrag liegen wir ungefähr bei 90 Euro. Das sind die orthopädischen Durchschnittswerte hier in Baden-Württemberg.

Der eigentliche Vorteil ist aber, dass ich eben keine speziellen Leistungen erbringen muss, um etwas zu verdienen. Daher werde ich genau das machen, was notwendig ist. Wenn Sie 65 sind und plötzlich neu Rückenschmerzen haben, die Sie zuvor noch nie hatten, dann mache ich auch ein Röntgenbild. Aber wenn ich denke, das ist ein banaler Rückenschmerz, dann setzen wir uns hin und ich sage Ihnen, naja Herr Epping, womöglich war Ihr Chef wieder böse zu Ihnen – könnte es sein, dass bei Ihnen auch Stress zu Ihren Rückenschmerzen beiträgt und müssen wir vielleicht daran arbeiten?

Ich denke drüber nach, wenn es so weit ist, Danke! Noch Vorteile des Orthopädievertrags?

Ich bin da nicht budgetiert. Wenn am 25. März noch Patienten aufschlagen im Selektivvertrag, habe ich da kein Problem mit.

Was ist mit Leistungen wie einer Arthroskopie?

Die wird als Einzelleistung bezahlt. Auch die Selektivverträge haben die Möglichkeit, aufwendige Einzelleistungen für sich abzurechnen.

Kriege ich im Rahmen des Orthopädievertrages alles, was ich als Patient brauche. Oder gibt es Sachen, wo Sie sagen, ja, das können wir jetzt nur über die KV machen.

Nein. Es ist eher umgekehrt. Sie kriegen zum Beispiel bei uns eine Knochendichtemessung, im KV-System meistens nicht.

Die kann man über die KV aber auch machen?

Ja, aber nur in wenigen Fällen. Bei uns, und da waren wir ja federführend bei der Osteoporose, kriegt jede und jeder eine Knochendichtemessung. Ohne Wenn und Aber, seit 2014.

Aber wenn der Niedergelassene in der Regelversorgung einen Verdacht schöpft, dann wird er das ja auch machen müssen?

Nein, das ist ein ganz schwieriges Thema. In der Regelversorgung ist das meist erst dann als Kassenleistung drin, wenn der Knochen schon gebrochen ist. Nur dann, wenn eine therapeutische Konsequenz ansteht. Und diese windelweichen Regelungen haben wir nicht mehr im Selektivvertrag, wir haben gesagt, wir nehmen diese Leistungen mit rein.

Wir haben zum Beispiel auch eine Regelung, die es den Ärzten ein wenig honoriert, wenn sie auf die Verschreibung von Wirkstoffkombinationen verzichten, die nicht mehr empfohlen werden. Noch ein Beispiel mehr für eine medizinisch sinnvolle Steuerung durch ein anderes Honorarsystem. Und diese Regelungen treffen ja hier in den Lenkungsgremien bei uns die Fachleute, dafür sitzen Mitglieder der Arzneimittelkommission, Apotheker, Pharmakologen und Ärzte zusammen. Wir reden regelmäßig auch über die Osteoporosemedikamente. Das ist ein guter Dialog, nicht immer konfliktfrei. Aber am Ende entwickeln wir Schemata für die Pharmakologie, auf die wir uns geeinigt haben.

Stichwort Rheuma – Sie haben unterdessen ja auch die Rheumatologen mit im Vertrag, es gibt ein Zusatzmodul Rheumatologie.

Ja. Die internistischen Rheumatologen haben wir heute auch mit dabei.

Wie geht das denn? Ein Orthopädievertrag mit Internisten? Im KV-System ist man sich oft nicht so freundschaftlich gesonnen. Mitunter hört man so Stimmen aus der Riege der Orthopäden, die Rheumatologen würden versuchen, sich Patienten und Leistungen abzugraben.

Das ist der Unterschied hier im Selektivvertrag, wir arbeiten heute zusammen. Dabei habe ich einst wegen Rheumatologen sogar vor Gericht gestanden. Der Bundesverband der internistischen Rheumatologen hat mal behauptet, wir würden die Gesundheitsversorgung der Rheumatiker in BW durch diesen Facharztvertrag gefährden und mich verklagt. Die Klage ist vor dem Zivilgericht abgescmettert worden.

Wir haben trotzdem danach vom BVOU gesagt, wir halten es für wichtig, dass die internistischen Rheumatologen in diesem Vertrag sind und haben sie über das Modul

Rheumatologie angeflanscht. Und wir sitzen jetzt zusammen mit den Landesverbandsvertretern und beraten in den Lenkungsausschüssen zusammen über die Therapie bei Rheuma.

Wissen Sie, was Sie in der Regelversorgung für Vorlaufzeiten haben für einen Termin beim internistischen Rheumatologen? Zwischen 3 und 4 Monaten.

Viel zu lange.

Und da sehen Sie, welchen Wert es hat, wenn wir in unserem Vertrag den wirklich Betroffenen viel kürzere Wartezeiten bieten können.

Heißt dann aber, der Hausarzt muss eine Rheumaerkrankung erkennen?

Er muss einen Verdacht haben. Wir haben im Orthopädievertrag unsere hausärztlichen Kollegen geschult, die Früherkennung besser hinzukriegen. Sie müssen sich das vorstellen, 5000 Hausärzte, 500 Orthopäden, 30 internistische Rheumatologen, in BW. Als Größenordnung. Das heißt hier noch mehr, wir müssen eine sinnvolle Steuerung haben.

Ich höre nur Erfolge und das bei auch noch womöglich etwas besseren Verdienstmöglichkeiten. Es müssten in Baden-Württemberg längst alle Orthopäden im Selektivvertrag sein?

Sind sie ja.

Noch nicht alle. Am Facharztprogramm Orthopädie mit dem Modul Rheumatologie machten September 2019 nach Angaben der AOK BW 633 Fachärzte mit und damit zwei Drittel der niedergelassenen Orthopäden in Baden-Württemberg. Es gibt tatsächlich noch starrköpfige Kollegen, die sich weigern, diese tolle Möglichkeit anzunehmen?

Zwei Drittel stimmt schon, aber bezogen auf die Zahl der Praxen ist der Anteil höher, weil hinter einer Praxis oft mehrere Leute stehen.

Obendrein müssten Ihnen die Ärzte aus anderen Bundesländern die Bude einrennen?

In der Tat, die Kollegen aus den anderen Ländern kommen, die wollen das. Das Problem ist, dass uns etliche andere Kassen hinten reingrätschen.

Ich dachte bislang, zumindest die AOKen auch in anderen Bundesländern sind da auf der gleichen Linie wie die AOK im Südwesten?

Nein. Alle Kassen müssen diese Hausarztverträge heute anbieten, aber nur die AOK BW hat die Facharztverträge zusätzlich eingerichtet.

Bei den meisten anderen Krankenkassen hingegen, ich bin so frei, das mal so zu nennen, agieren Betonköpfe. Die wollen, dass alles so bleibt, wie es ist. Da wird zwar die ganze Zeit geschimpft, dass das KV-System schlechte Qualität abliefern, aber konkrete Änderungen zu versuchen – nein, Fehlanzeige.

Dabei könnten die potenziellen Vertragspartner in anderen Bundesländern sich ja auf den Vertrag aus BW stützen, sie müssen das Rad nicht neu erfinden?

Als Blaupause ja. Aber entscheidend ist, dass Sie als Ärzteverband wie als Krankenkasse den Mut haben müssen, das ganze Ding umzustellen. Die Krankenkasse hat bei all diesen Selektivverträgen eine befreiende Wirkung für die KV. Deswegen brauchen wir ja ein Quorum der Ärzte, die mitmachen. Wir sind erst an den Start, nachdem 200 Orthopäden hier in Baden-Württemberg mitmachen wollten.

Wären das morgen nur noch 199 in Baden-Württemberg, müsste der Vertrag beendet werden?

Ja. Wir brauchen die Flächendeckung. Das ist eine Voraussetzung für den Erfolg solcher Selektivverträge.

Ein Argument mancher Kassen gegen die Selektivverträge ist die Arztbindung, man wolle nicht die freie Arztwahl für die Patienten eingrenzen.

Diese Freiheit der Patienten – ich kann dazu nur sagen, dass die daraus resultierende schlechte Steuerung für die Versorgung der Patienten elementare Nachteile hat. Die Ressourcen werden nicht sinnvoll aufgeteilt.

Kassen wie die TK meinen auch, die Selektivverträge hätten ihren hohen Wert, man solle aber die Dinge, die sich da als positiv herausstellten, danach in die Regelversorgung überführen.

Bitte, genau das haben wir ja erst neulich gemacht. Es gab den Vorschlag für einen Strukturvertrag in der Regelversorgung von uns. Herr Gassen hat einen Vorstoß der KBV dazu gemacht. Das wurde ja leider sogar vehement beschimpft.

Auch von Ihrem Partner, der AOK BW, wird das durchaus abgelehnt.

Richtig. Manche Player haben da auch mit falschen Behauptungen agiert, es wurde gesagt, die Versicherten, die weiterhin direkt zum Facharzt gehen, sollen eine Strafe zahlen, aber das ist Quatsch. Es zahlt keiner eine Strafe. Es geht vielmehr um einen Wahltarif für alle Versicherten für ein Primärarztmodell.

Unabhängig davon bekämpfen uns manche Ersatzkassen aktuell meiner Meinung nach mit unfairen Mitteln. Ich halte es für eine Unverschämtheit, was da jetzt mit dem Thema Fairer Kassenwettbewerb stattfindet.

Was bitte?

Wir haben ja darüber gesprochen, dass wir im Selektivvertrag die Bezahlung zu einem guten Teil an die Morbidität geknüpft haben. Die aktuelle Fassung des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes will genau das grundsätzlich verbieten.

Sie meinen die Tatsache, dass es je nach Art der Grunderkrankung eines Patienten noch eine Pauschale zusätzlich gibt.

Ja, bei Rheuma, Rückenschmerz, Osteoporose, Arthrose. Und genau das soll das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz zumindest nach aktuellem Stand verbieten.

Will der Gesetzgeber damit die Selektivverträge erledigen?

Nein, glaube ich nicht. Diese Regelung ist eigentlich dafür geplant, um Manipulationen bei den Diagnosen zu unterbinden.

Die es im System – Stichwort Finanzausgleich zwischen den Kassen durch den Morbi-RSA – ja durchaus geben soll?

Richtig. Aber ganz und gar nicht in unseren Selektivverträgen in Baden-Württemberg. Wir haben das überprüft. Der größte Posten an Diagnosen im Orthopädievertrag ist die Diagnose unspezifischer Rückenschmerz, die löst keine Zahlungen aus dem Morbi RSA aus und zudem können wir zeigen, dass die Werte seit 2014 exakt gleichgeblieben sind, es gibt kein Upcoding. Gleiches gilt für die anderen Diagnosegruppen, für die es Zusatzpauschalen gibt – Osteoporose, Arthrose, Rheuma. Seit 2014 gehen diese Kurven ganz gleichmäßig unverändert weiter.

Und wenn das Gesetz so kommt, müssen Sie die Honorierung und damit auch den Vertrag zumindest in diesen Punkten ändern?

Ja, der Vertrag wäre dann verboten. Ich hoffe, dass wir das noch abwenden können, aber viel Zeit bleibt uns nicht mehr. Es wäre eine Katastrophe für uns, denn der Facharztvertrag wäre dann tot. Und ich gehe davon aus, dass einige Kassen gar nicht unglücklich wären, wenn das so käme.

Sie haben mal auf einem DKOU das Lembeck'sche Honorargesetz vorgestellt. Wie lautet das gleich noch mal?

Einzelleistung macht gierig, Pauschale macht faul. Was ich damit meine – kein finanzielles Anreizsystem ist perfekt. Wir werden immer gewisse Zielkonflikte haben. Aber wir müssen dann was ändern, wenn das Honorarsystem der Medizin konträre, am Ende unethische Anreize setzt. Wenn Sie im KV-System nur Masse machen müssen, um Kasse machen zu können, dann läuft da etwas gehörig falsch, dann müssen wir das Ruder umlegen.

Das Interview führte Bernhard Epping.