

Kollektivverträge und Selektivverträge in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V.
17. Juni 2010

Der Sicherstellungsauftrag als Bewährungsprobe der KV'en?

Dr. Peter Schichtel, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz des Saarlandes

Historie

„Seit wann gibt es den Kollektivvertrag?“

- In der Anfangsphase des Kassenarztrechts schlossen die Kassen mit Ärzten privatrechtliche Einzeldienstverträge. Die starken Interessengegensätze zwischen Kassen und Ärzten führten zum ...
- **Berliner Abkommen** (23.12.1913): Schaffung eines paritätisch besetzten Gremiums unter Beteiligung von Unparteiischen, das die Zahl, die Auswahl und die Arbeitsbedingungen der Ärzte regelte. Da die Arbeitskämpfe jedoch erneut einsetzten, wurde durch ...
- die **Notverordnung** vom 08.12.1931 an Stelle des Einzelvertrags-systems ein Kollektivvertragssystem mit Pflichtmitgliedschaft aller Kassenärzte eingeführt. Den neugegründeten KV'en wurde der Sicherstellungsauftrag übertragen. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts („mittelbare Staatsverwaltung“) unterliegen sie staatlicher Rechtsaufsicht.

Inhalte des Kollektivvertrags (§ 75 I 1)

📌 „Sicherstellungsauftrag“

Den Versicherten ist eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung unter Einschluss eines ausreichenden Notdienstes in zumutbarer Entfernung und unter Berücksichtigung der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Verfügung zu stellen (§ 368 RVO).

📌 „Gewährleistungspflicht der KV‘en“

Die KV‘en haben den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber zu gewährleisten, dass die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entsprechen muss.

Die Gewährleistungspflicht erstreckt sich auf:

- Kontrolle, ob die vertragsärztlichen Pflichten beachtet werden
- Kontrolle der Qualitätssicherung
- Kontrolle der ordnungsgemäßen Leistungsabrechnung

Einschränkungen des Kollektivvertrags

bereits bestehende Einschränkungen des Sicherstellungsauftrages:

• ärztlich geleitete Einrichtungen können bzw. müssen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen/ermächtigt werden (z.B. psychiatrische Institutsambulanzen, sozialpädiatrische Zentren, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Krankenhäuser für ambulante OP, Polikliniken, Hochschulambulanzen, Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung hochspezialisierter Leistungen und seltener Erkrankungen - §§ 115 - 119b SGB V)

• völlige / teilweise Ausgliederung von Leistungsbereichen durch:

- Modellvorhaben nach §§ 63, 64 SGB V (§ 64 Abs. 3 Satz 1)
- hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V (§ 73b Abs. 4 Satz 6)
- besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V (§ 73c Abs. 3 Satz 4)
- Verträge der integrierten Versorgung nach §§ 140a - f SGB V (§ 140a Abs. 1 Satz 3)

Was spricht **für** Kollektivverträge?

aus Sicht der **Versicherten**:

- Einheitlichkeit der Versorgung
- ein Garant der Sicherstellung (= KV)

aus Sicht der **Ärzte**:

- gleiche Verträge für alle Kassen

aus Sicht der **Kassen**:

- ein Vertragspartner

Was spricht **gegen** Kollektivverträge?

aus Sicht der **Versicherten**:

- KV-weite, gleichförmige Versorgung ohne regionale bzw. lokale Differenzierungsmöglichkeiten

aus Sicht der **Ärzte**:

- Uniformität der Verträge

aus Sicht der **Kassen**:

- Verhandlungen mit einem Monopolisten sind schwerer zu führen als mit einzelnen Ärzten bzw. Gemeinschaften von Ärzten

Was spricht **für** Selektivverträge?

 aus Sicht der **Versicherten**:

- Möglichkeit der Wahl zwischen unterschiedlichen Vertragsangeboten der einzelnen Kassen

 aus Sicht der **Ärzte**:

- Möglichkeit der Wahl zwischen unterschiedlichen Vertragsangeboten der einzelnen Kassen

Was spricht **für** Selektivverträge?

 aus Sicht der **Kassen**:

- Gestaltungsspielraum für die Kassen zur einzelvertraglichen Ausgestaltung des Versorgungsgeschehens
- Möglichkeit der Auswahl geeigneter Leistungserbringer
- spezielle Versorgungsaufträge zur Lösung besonderer Versorgungsprobleme
- Möglichkeit für eine dezentrale, innovative Systemweiterentwicklung
- Kassen können flexibel auf regionale bzw. lokale Versorgungsnotwendigkeiten reagieren
- Kassen können regional unterschiedliche Vergütungsformen bzw. -höhen verhandeln

Was spricht **gegen** Selektivverträge?

Wegen Rückverlagerung des Sicherstellungsauftrages auf die Kassen gehen alle Aufgaben der KV:

- Vergütung,
- Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle,
- Qualitätskontrolle,
- Bedarfsplanung,
- Zulassung
auf die einzelnen Kassen über.

Und das bedeutet ...

Was spricht **gegen** Selektivverträge?

... und das bedeutet:

- Kleinere Kassen könnten damit organisatorisch überfordert sein (*Rürup et al., Gesundheitsversorgung, Gutachten im Auftrag des BMF, Berlin 2009, S. 16*)
- Fraglich ist, ob große, bundesweit tätige Kassen eine flexible, regional unterschiedliche Vertragsgestaltung und Vergütung überhaupt wollen und im Verhandlungswege erreichen können
- Es ist wissenschaftlich nicht belegt, dass selektive Verträge der kollektiven Vertragsgestaltung überlegen sind (*Rürup et al., S. 16*)

Was spricht - aus Sicht der Aufsicht - gegen Selektivverträge?

- den Ärzten als den Vertragspartnern der Kassen stehen alle Mittel zur Durchsetzung ihrer vertragspolitischen Interessen zur Verfügung, auch der **Streik!**
- eine **Interventionsmöglichkeit der Kassen** gegenüber den Ärzten zur Aufrechterhaltung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gibt es nicht
- Folge: Im Falle von „Arbeitskämpfen“ verlagert sich der Sicherstellungsauftrag - zumindest politisch - auf die **Länder**, zu deren verfassungsrechtlichen Aufgaben die **gesundheitliche Daseinsvorsorge** gehört
- **die Länder** haben aber auch **keine Interventionsmöglichkeiten**, denn eine Rechtsaufsicht gegenüber einzelnen Ärzten oder - zivilrechtlich organisierten - Ärztegemeinschaften lässt sich verfassungsrechtlich nicht begründen
- **Folge:** Situation von 1931 („Ein Volk, das aus seiner Geschichte nicht lernt, ist dazu verurteilt, sie zu wiederholen“ , Francisco Franco)

Kollektivvertrag vs. Selektivvertrag

- Eine Gegenüberstellung der Vor- und Nachteile kollektivvertraglicher bzw. selektivvertraglicher Versorgungsformen ...
- ... betrachtet aus dem Blickwinkel der Versicherten, der Ärzte sowie der Kassen ...
- ... ergibt keine grundsätzliche, durchgreifende Überlegenheit eines der beiden Vertragssysteme.
- Also ist es sinnvoll, beide Vertragssysteme kontrolliert nebeneinander bestehen zu lassen. Kontrolliertes Nebeneinander bedeutet das Vorhandensein eines rechtlichen Rahmens, der beiden Vertragssystemen kein „Nischendasein“, sondern eine echte Überlebenschance einräumt.

Sicherstellung: Bewährungsprobe der KV'en?

- ja, wenn die **KV'en** bei der Sicherstellung versagen, verlieren sie ihre Existenzberechtigung
- Bewährungsprobe auch für die Partner der **Selektivverträge** (Kassen - einzelne Leistungserbringer/Gemeinschaften von Leistungserbringern): wenn sie bei der Sicherstellung versagen, haben die Selektivverträge ihre Existenzberechtigung verloren
- Bewährungsprobe auch für den **Gesetzgeber**: ...

sektorierte Sicherstellung und Bedarfsplanung

aktuelle Rechtslage:

	ambulanter Bereich	stationärer Bereich
Sicherstellung	KV/KZV (ggf. Kassen gem. § 72a)	Land
Bedarfsplanung	Landesausschuss (KV/KZV und Kassen)	Land im Benehmen mit Kassen und Leistungserbringern

Schwächen sektorierte Sicherstellung und Bedarfsplanung

- keine ganzheitliche Planung aus einem Guss, sondern gegeneinander abgeschottete Sektorplanung
- unterschiedliche Akteure = unterschiedliche Partialinteressen und Ziele
- kein Zwang zum „Schauen über den Tellerrand“: ein gesetzlicher Auftrag für eine ganzheitliche Planung existiert nicht, also haben die Akteure - zulässigerweise - nur „ihren“ Sektor im Blick
- Das ist unbefriedigend: eine sektorübergreifende Versorgung setzt auch eine sektorübergreifende Sicherstellung und Bedarfsplanung voraus.

sektorenübergreifende Sicherstellung und Bedarfsplanung

- **Vorstellung der Länder:**
- **Gemeinsamer Landesausschuss** für ambulante und stationäre Bedarfsplanung, in dem ...
- ... die KV'en/KZV'en, die Krankenhäuser, die Kassen und das Land mit Sitz und Stimme vertreten sind.
- **Für die Länder bedeutet dies ein „Geben und Nehmen“:**
 - bei der **KH-Planung** verlieren sie ihr Entscheidungsmonopol
 - in der **ambulanten Bedarfsplanung** erhalten sie das Recht der Mitentscheidung

sektorenübergreifende Sicherstellung und Bedarfsplanung

- Für die 83. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat eine Länder-Arbeitsgruppe auf Staatssekretäresebene (Vorsitz: SN und HB) einen entsprechenden Beschlussvorschlag erarbeitet, über den die **GMK am 30. Juni / 01. Juli 2010** entscheiden wird.
- Die Zustimmung der GMK ist wahrscheinlich.
- Auf Bundesebene müssen die Länder aber noch viel Überzeugungsarbeit leisten.

Der Sicherstellungsauftrag als Bewährungsprobe der KV'en

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit!