

KBV-Messe war ein Marktplatz für innovative Versorgungsformen

Muss der Kollektivvertrag auch Selektivverträge absichern?

dgd (es) – Große Erwartungen richten sich auf „neue Versorgungsformen“ im Gesundheitswesen: bessere Ergebnisse der Versorgung, Einsparungen bei den bekannten Kostenlawinen, aber auch sehr individuelle Wünsche einzelner Gruppen von Leistungserbringern und –empfängern. Mehrere Reformgesetze der letzten Jahre ermöglichen heute eine große Gestaltungs- und Vertragsfreiheit solcher neuer Strukturen, von denen es inzwischen eine Vielzahl teils bereits bewährter, teils experimenteller Ansätze gibt. Neben den Struktur- oder Modellverträgen, die die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen oder mit einzelnen Krankenkassen schließen können, erlauben die §§ 73 b und c sowie 140 ff. SGB V eine relativ große Freiheit sowohl hinsichtlich der Vertragspartner als auch hinsichtlich der Inhalte. „Das ist auch erwünscht und richtig“, sagt Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), „denn je bunter die Vielfalt, umso höher die Chancen auf wirklich gute innovative Verträge.“ Problematisch wird es aber, so Köhler weiter, wenn viele dieser Verträge gar nicht auf Versorgungsverbesserungen zielen, sondern eher auf das wirtschaftliche Interesse der Vertragspartner, oder wenn nachgewiesene Versorgungsverbesserungen nur einem eng begrenzten Kreis von Patienten, die aufgrund ihrer Kassenzugehörigkeit und ihrem guten Informationsstand einem bestimmten Vertrag beigetreten sind, zugutekommen. Dann stelle sich doch die Frage, wie in einem solidarisch finanzierten Krankenversicherungssystem die Versorgungsgerechtigkeit und die Versorgungssicherheit gewährleistet werden kann, wenn die Versorgungslandschaft zerfleddert und die bewährte Klammer durch den Kollektivvertrag in der ambulanten Versorgung zerstört wird. Geschickt versucht die KBV mit ihrer ersten Messe zu Versorgungsinnovationen nicht nur Transparenz in die Vielzahl neuer Strukturen zu bringen, sondern diese auch in das bestehende System einzubinden. So vergleicht Köhler den Kollektivvertrag mit einem Schienennetz, auf dem durchaus verschiedene Züge fahren können – ein zweites paralleles Schienennetz (gemeint sind Hausarztverträge) mache dagegen keinen Sinn. Daniel Bahr, parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, will dagegen das Nebeneinander kollektiver und selektiver Verträge beibehalten und regionale Differenzierungsmöglichkeiten zulassen. Wettbewerb, so Bahr, setze – im Gegensatz zu einem zentralistischen System - Ungleichheit voraus. Aber wer garantiert z.B. die flächendeckende Rund-um-die-Uhr-Versorgung der ca. 70 Millionen jährlichen Fälle im organisierten Notfalldienst? Muss dann etwa die kollektivvertragliche Ärzteschaft dafür geradestehen, wenn die spezialisierten Selektivärzte dies nicht leisten können oder wollen?