





Selektivverträge

Kräfte messen

Die **gesetzlichen Krankenkassen** und die **Ärztevertreter** konnten sich bislang nicht auf eine einheitliche Definition für die IT-Umsetzung von Selektivverträgen verständigen. Die Industrie muss deshalb die unterschiedlichen IT-Vorgaben beider Vertragsparteien in der Praxissoftware implementieren. Diese doppelte Programmierung sowie zahlreiche vertragspezifische Sonderfunktionen verursachen zusätzliche Kosten.

Wenn zwei sich streiten, freut sich der Dritte, besagt ein deutsches Sprichwort. Im Fall der IT-Unterstützung für Selektivverträge gibt es jedoch keinen lachenden Dritten. Weil sich die beiden Vertragsparteien – gesetzliche Krankenkassen und Ärzteverbände – bislang nicht auf eine gemeinsame Umsetzung ihrer Verträge in der Praxissoftware einigen konnten, entstehen zusätzliche Aufwendungen und damit zusätzliche Kosten. Dies könnte sich langfristig negativ auf die Attraktivität der Selektivverträge auswirken. Den Nachteil hätten dann Kassen, Ärzte und Patienten.

Selektiv- oder Direktverträge wurden durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (§§ 140 a-e, Sozialgesetzbuch V) im Jahre 2000 ermöglicht. Im Unterschied zum Kollektivvertrag, den die Ärzte mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) abschließen, handeln die Kranken-

kassen den Selektivvertrag in aller Regel ohne Beteiligung der KVen direkt mit einer Gruppe von Ärzten aus. Die Kassen sind gesetzlich verpflichtet, ihren Mitgliedern zumindest hausärztliche Selektivverträge anzubieten. Für Patienten ist die Teilnahme am Selektivvertrag freiwillig, die Ärzte rechnen ihre Leistungen nicht über die KV, sondern direkt mit der Krankenkasse ab.

Selektivverträge sollen die Versorgung besser und effizienter machen. Sie enthalten deshalb individuelle Anforderungen, die zusätzlich zu denen von Kollektivverträgen in der Praxissoftware abgebildet werden müssen. Beispielsweise gehören dazu besondere Vereinbarungen über die Verordnung von „vertragspezifischen“ Arzneimitteln, vertragspezifische Gebührenordnungen, Abrechnungsformulare oder die Dokumentation über eine vertraglich vereinbarte sektorübergreifende

Zusammenarbeit. Mit anderen Worten: Die Verträge sind so komplex, dass sie ohne IT-Unterstützung nicht zu erfüllen sind. Und hier liegt die Krux: Beim Kollektivvertrag haben die Ärzte einen einzigen Vertragspartner, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Diese ist vom Gesetzgeber mit vielen Rechten ausgestattet und definiert genau, wie die Industrie die Vertragsbestandteile in der Praxissoftware umsetzen muss. Selektivverträge hingegen werden zwischen zwei gleichberechtigten Partnern – der gesetzlichen Krankenkasse und der Ärztesgruppe – abgeschlossen. Und da Verträge immer unterschiedlich interpretiert werden können, haben die IT-Vorgaben an die Praxissoftwarehersteller – die Spezifikationen – einen Einfluss darauf, wie die vertragspezifischen Informationen in der Praxis umgesetzt werden. Dazu zählen zum Beispiel Teilnahmebedingungen, Ein- und Ausschlusskriterien,

Abrechnungsziffern, aber auch Vorgaben zur Datenübermittlung und Datenverschlüsselung sowie zum Ordnungs- und Versorgungsmanagement.

Im Fall der Hausarztverträge (siehe Kasten Selektivverträge) haben beide Vertragsparteien die Bedeutung der Spezifikationen erkannt. Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen bei den Hausarztverträgen ist zumeist die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG), eine Managementgesellschaft, die vom Deutschen Hausärzteverband gegründet wurde und für ihre Mitglieder mit den Krankenkassen Selektivverträge aushandelt. Die HÄVG betreut die teilnehmenden Ärzte bei der Erfüllung der Verträge und zahlt die Honorare aus. Den ersten großen hausärztlichen Selektivvertrag in Deutschland schloss der Hausärzteverband 2009 mit der AOK Baden-Württemberg. Heute werden rund 50 Prozent aller Versi-

Interview „Auf den Marktführer setzen“

Die Sicht der HÄVG



Dr. Jochen Rose
Vorstandsmitglied der HÄVG Hausärztliche
Vertragsgemeinschaft AG

Welche Vorteile bietet das Hausärztliche Prüfmodul gegenüber der S3C-Schnittstelle?

Das Hausärztliche Prüfmodul, kurz HPM, bietet den Vorteil eines Marktführers. Das HPM ist seit Jahren bei über 15 000 hausärztlichen und fachärztlichen Praxen reibungslos im Einsatz. Es unterstützt HzV-Verträge des Deutschen Hausärzterverbandes, § 73c-Verträge anderer Ärzteverbände, KV-Verträge sowie zeitnah auch IV-Verträge der ProVersorgung. Vorteil ist, dass das HPM vollständig in ärztlicher Hand ist: Die Vorgaben werden von Ärzten gemacht und von einer IT-Organisation umgesetzt, die Ärzten gehört und von ihnen kontrolliert wird. Die S3C-Schnittstelle hingegen ist ein Produkt der Krankenkassen, das von einer reinen Kassenorganisation erstellt wird. Das heißt, dass damit die technischen Regelmechanismen an die Krankenkassen abgegeben werden, unter anderem die nicht ganz unbedeutende Frage, welche Arzneimittel verordnet werden sollen und an wen die Daten nachher gehen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass ein solches System auf Akzeptanz in der Ärzteschaft stoßen wird.

Welche Ziele verfolgen Sie mit Ihrer Spezifikation?

Die Spezifikationen, also der Anforderungskatalog des Deutschen Hausärzterverbandes, verfolgen das Kernziel, die HzV-Verträge sowie § 73c-, KV- und Versorgungslandschafts-Verträge so reibungslos wie möglich für den Arzt und seine Medizinischen Fachangestellten umsetzbar zu machen. Außerdem ist uns wichtig, dass dabei das „Look and Feel“ der jeweiligen Software erhalten bleibt.

Was sagen Sie zum Vorwurf der Praxis-EDV-Hersteller, dass HÄVG und gevko mit zwei Spezifikationen unnötige Kosten im Markt verursachen?

Ich kann die Argumentation der Hersteller grundsätzlich nachvollziehen, dass eine einheitliche Spezifikation mit geringerem Aufwand umzusetzen ist. Hier kann ich nur die Empfehlung geben, auf den Marktführer zu setzen!

Wie werden sich die Selektivverträge mit Blick auf voneinander unterscheidbare Funktionen weiterentwickeln, sind die feingranularen Verträge noch marktgerecht?

Auch bei uns wird die Breite verschiedener Vertragsgestaltungen diskutiert. Zum Hintergrund kann ich Ihnen sagen, dass die vorliegenden Verträge allerdings nicht zu 100 Prozent den Vorstellungen des Deutschen Hausärzterverbandes entsprechen. Wir müssen in den Verhandlungen mit den Kassen natürlich auch Kompromisse eingehen. Außerdem wird eine Reihe von Verträgen auch alleine von Schiedspersonen festgelegt. Die Bewertung dieser Heterogenität wird von den Landesverbänden des Deutschen Hausärzterverbandes nicht ganz so kritisch gesehen, wie es Ihre Frage suggeriert. Ich erkläre mir das so, dass die Zusammenarbeit zwischen HÄVG und Industrie grundsätzlich gut funktioniert und den Ärzten damit ein Teil der Komplexität abgenommen werden kann. 

 cherten dieser AOK hausärztlich nicht mehr über die Kassenärztliche Vereinigung, sondern über die HÄVG abgerechnet. Weil die Abrechnung dieser Leistungen nicht über die KVen erfolgt, hat die HÄVG ein sogenanntes HÄVG-Prüfmodul entwickelt, welches die teilnehmenden Ärzte einsetzen müssen. Diese Software hilft ihnen dabei, die Vorgaben des Vertrags zu erfüllen. Die Praxissoftwarehersteller müssen dieses Softwaremodul, das früher als „gekapselter Kern“ bezeichnet wurde, in ihre Programme integrieren, wenn sie ihren Anwendern die Möglichkeit zur Teilnahme am Vertrag einräumen möchten.

Mit diesem Konzept war zumindest die Bundes-AOK schnell unzufrieden. Sie bemängelte eine geringe Attraktivität der Selektivverträge und führte dies auch auf die Pflicht-Software der HÄVG zurück. Die AOK startete deshalb im Mai 2011 eine Initiative für eine „effizientere“ IT-Unterstützung der Selektivverträge. Effizienz bedeutet im Sinne der Kassen nicht nur, dass mehr Selektivverträge abgeschlossen werden, sondern dass mit den Verträgen auch die beabsichtigten Einsparungen erreicht werden. Dazu gründete die AOK Systems GmbH, das IT-Unternehmen der AOK, den Geschäftsbereich „Gesundheit – Versorgung – Kommunikation (gevko)“. Aus dieser Initiative entstand zum 1. Juli 2012 die gevko GmbH. Sie entwickelte die sogenannte S3C-Schnittstelle – S3C steht für „Schnittstelle Standard Selektivvertrag Consortium“. Diese soll das Softwaremodul der HÄVG überflüssig machen. Die Praxissoftwarehersteller erhalten stattdessen von der gevko Dokumente mit den Spezifikationen, die sie in ihren Programmen selbst und ohne den Einsatz von Fremdsoftware umsetzen können.

Auch die Kassenärztlichen Vereinigungen, die über die KBV-Tochter „KV Telematik GmbH“ (früher: „KV Telematik ARGE“) eine bundesweite IT-Infrastruktur zum Datenaustausch und zur Abrechnung aufgebaut hatten, waren mit dem „gekapselten Kern“ offenbar nicht glücklich. Noch vor der gevko hatten sie schon Anfang 2011 eine Initiative zur

Entwicklung einer bundesweit standardisierten Schnittstelle für Selektivverträge gestartet. Durch die S3C-Schnittstelle der gevko sah die KV Telematik allerdings keine Notwendigkeit mehr, ihre eigene Schnittstelle voranzutreiben. Sie entschied sich stattdessen, mit dem AOK-Bundesverband über eine Synchronisation der Schnittstellen von KV und gevko zu verhandeln. Da die gevko das Design ihrer Schnittstelle für Selektivverträge bewusst an die KBV-Schnittstelle für den Kollektivvertrag angelehnt hatte, sollte dem nichts mehr im Weg stehen. Doch es kam anders. Die HÄVG brachte das Gerücht vom „Kassentrojaner“ in Umlauf: Die Kassen könnten über die S3C-Spezifikationen in der Praxissoftware die Daten in der Arztpraxis ausspähen. Dieser Vorwurf war zwar völlig aus der Luft gegriffen, da die gevko selbst keine Software entwickelt, sondern den Praxissoftwareherstellern lediglich inhaltliche Vorgaben macht, etwa wie eine Abrechnungsdatei auszusehen hat. Aber die Rufschädigung war da. Die Gegenseite versuchte mit dem Vorwurf zu kontern, dass die HÄVG mit dem Gerücht eines „Kassentrojaners“ ihren „gekapselten Kern“ vor der Konkurrenz schützen wolle. Die Diskussion über die gevko-Schnittstelle blieb dennoch ohne Folgen. Ärzteverbände und KVen befürchteten, dass die gevko mit der S3C-Schnittstelle einen Türöffner entwickelt hat, der es den gesetzlichen Krankenkassen in Zukunft ermöglichen könnte, an ihnen vorbei mit einzelnen Ärzten direkt abzurechnen. Die KV Telematik wechselte daraufhin die Seiten und arbeitete gemeinsam mit der HÄVG an der Weiterentwicklung des „gekapselten Kerns“ zum Hausärztlichen Prüfmodul (HPM) – als bundesweiter Alternative zur gevko-Schnittstelle.

Weil sich die gesetzlichen Krankenkassen und der Hausärzteverband bislang nicht auf einen gemeinsamen IT-Standard einigen konnten, entstehen beinahe bei jeder Vertragsverhandlung heftige Diskussionen darüber, welche Spezifikationen zum Tragen kommen. Dies hat zur Folge, dass die Praxissoftwarehersteller die Funkti-

Interview „Geringere Kosten“

Die Sicht der gevko



Prof. Dr. med. Guido Noelle
Geschäftsführer der gevko GmbH

Welche Vorteile bietet die S3C-Schnittstelle gegenüber dem Hausärztlichen Prüfmodul?

Die Ärzte haben geringere Kosten, da keine extra Lizenzgebühren für ein zusätzliches Softwaremodul anfallen und der Einsatz der S3C-Schnittstelle zu keinen zusätzlichen Hardwareanforderungen führt. Für Softwarehersteller entstehen keine zusätzlichen Aufwände bei Installation und Updates. Weiterhin hoffen wir, dass mit zunehmender Verbreitung der S3C-Schnittstelle auch die Aufwände für die Hersteller geringer werden und dieser Vorteil an die Ärzte weitergegeben werden kann. Unser Motto ist „einmal programmiert – vielfach genutzt“.

Welche Ziele verfolgen Sie mit Ihrer Spezifikation?

Die gevko verfolgt das Ziel, mit ihren Spezifikationen einen für Krankenkassen wie auch Ärzte attraktiven „Baukasten“ zur Verfügung zu stellen, auf dessen Basis sich Versorgungsverträge verhandeln und umsetzen lassen, die nicht in erster Linie zu Einsparungen bei Krankenkassen führen, sondern die Angebote für die Patienten qualitativ und nachhaltig verbessern. Die gevko leistet damit einen Beitrag zur Weiterentwicklung und Etablierung von IT-gestützten, patientenzentrierten Versorgungsangeboten.

Was sagen Sie zum Vorwurf der Praxis-EDV-Hersteller, dass HÄVG und gevko mit zwei Spezifikationen unnötige Kosten im Markt verursachen?

Dieser Vorwurf ist mehr als berechtigt! Wir als gevko haben stets betont, dass unsere Lösungen auch Krankenkassen außerhalb der AOK sowie Managementgesellschaften und Abrechnungsdienstleistern zur Verfügung stehen und führen dahingehend auch intensive Gespräche. Wir verstehen uns als neutralen Anbieter und Dienstleister, der sämtliche Formen von Selektivverträgen bis hin zu Lösungen im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) unterstützen kann. Neutral deshalb, weil wir nur Dienstleister der Vertragspartner, aber nicht selbst Vertragspartner sind.

Wie werden sich die Selektivverträge mit Blick auf voneinander unterscheidbare Funktionen weiterentwickeln, sind die feingranularen Verträge noch marktgerecht?

Wir versuchen als Dienstleister, dass ein und die gleiche Funktion in unterschiedlichen Verträgen ohne zusätzlichen Programmieraufwand genutzt werden kann. Nehmen Sie als Beispiel die Umsetzung von ARMIN und des Bremer Arzneimittelregisters. Eine Schnittstelle – unterschiedliche Inhalte. Bei der Unterstützung einer qualitativen und wirtschaftlichen evidenzbasierten Patientenversorgung sind hier aber je nach System noch deutliche Lücken. Die Lücken lassen sich nur durch standardisierte, einheitliche Lösungen schließen, um sie dann in unterschiedlichen Projekten wirtschaftlich vertretbar in Bezug auf unterschiedliche Indikationen und Inhalte anzuwenden. 

onen von Hausarztverträgen unterschiedlich implementieren müssen: mal nach den Spezifikationen der gevko (S3C), mal nach den Spezifikationen für das Hausärztliche Prüfmodul. Die Kosten für diese doppelte – aus Sicht der Praxissoftwarehersteller überflüssige – Programmierung letztlich gleicher Funktionen tragen die Ärzte, die sich für den Hausarztvertrag einschreiben. Hinzu kommen noch die Lizenzgebühren von 7,90 Euro pro Monat für das HÄVG-Prüfmodul – die Spezifikationen der gevko hingegen, die in einem Dokument festgelegt sind, sind kostenlos erhältlich.

Die Softwarehersteller haben HÄVG und gevko mehrfach auch über ihren Branchenverband bvitg e. V. aufgefordert, die Frage der Spezifikation zu entpolitisieren. Die beiden Vertragspartner sind zu einer Einigung jedoch zumindest derzeit nicht bereit.

Was den Aufwand für die Softwarehersteller zusätzlich in die Höhe treibt: Die Selektivverträge werden immer feingranularer. Hintergrund: Krankenkassen möchten mit den Selektivverträgen neben einer Verbesserung der Behandlung ihrer Mitglieder vor allem Einsparungen erzielen. Sie haben zum Beispiel ein Interesse daran, dass der Arzt das billigste Medikament verschreibt, gezielte Krankenhauseinweisungen vornimmt und die Diagnose korrekt auch im Sinne des morbiditätsorientierten Risikostruk-



Der bvitg setzt sich seit Jahren für den offenen Zugang zu Schnittstellen für die IT-Umsetzung der Selektivverträge sowie die Harmonisierung der Schnittstellen ein – und zwar für alle Softwarehäuser gleichermaßen. Ziel der Industrie ist es, einheitliche und pragmatische Lösungen für die Anwender zu implementieren, die den Workflow im Umfeld der Selektivverträge adäquat unterstützen und das Vertragsmanagement beherrschbar machen. Den Herstellern kommt dabei die Aufgabe zu, die qualitätsgesicherte softwareseitige Umsetzung der vertragsspezifischen Inhalte zu gewährleisten. Innovative, wirtschaftliche und ergonomische IT-Lösungen können nur dann entstehen, wenn die Softwareanbieter im freien Wettbewerb untereinander agieren. Voraussetzung hierfür ist die strikte Einhaltung von frei zugänglichen Prozessen, Funktions- und Schnittstellenbeschreibungen sowie frei zugängliche IT-Standards und eine Entpolitisierung der Diskussion.

Ekkehard Mittelstaedt
Geschäftsführer des Bundesverbands
Gesundheits-IT – bvitg e. V.

turausgleichs („Morbi-RSA“) kodiert. Durch den Morbi-RSA erhalten die Kassen zusätzliche finanzielle Mittel aus dem Gesundheitsfonds für Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen. So soll eine etwaige Benachteiligung der Kassen mit vielen chronisch kranken – und entsprechend teuren – Patienten ausgeglichen werden.

Zu dieser „Versorgungssteuerung“ kommen noch vertragspezifische Sonderfunktionen hinzu, denn es gibt keinen bundesweit einheitlichen Hausarztvertrag. Jede Kasse hat ihre eigenen Vorstellungen von einem Selektivvertrag, große Krankenkassen haben andere Anforderungen als Betriebskrankenkassen. Die eine Kasse verlangt zum Beispiel, dass die Praxissoftware signalisiert, ob der Patient in einen Facharztvertrag eingeschrieben ist. Eine andere Kasse möchte hingegen, dass der Gesundheitsstatus des Patienten angezeigt und dokumentiert wird. Hinzu kommen noch Individualregelungen für einzelne Patienten. Über 400 Selektivverträge gibt es derzeit in Deutschland, ausgestattet mit vielen komplexen Einzelregelungen. Wenn ein Hausarzt durchschnittlich 25 bis 30 Patienten hat, die an einem Selektivvertrag teilnehmen, und für diese Patienten Individualfunktionen in der Software programmiert werden müssen, dann steigen die IT-Kosten so in die Höhe, dass es für den Arzt schnell unrentabel wird, sich in einen Vertrag einzuschreiben. Hinzu kommt, dass durch die vertragsspezifischen Sonderfunktionen und patientenspezifischen Regelungen die Praxissoftware so komplex wird, dass der Arzt den Überblick verlieren kann. Die Selektivverträge werden so kompliziert, dass sie im Praxisalltag nicht mehr handhabbar sind.

Gestiegene IT-Kosten und viele Sonderfunktionen könnten dazu führen, dass die Attraktivität der Selektivverträge abnimmt. Bereits heute überlegen sich viele Ärzte genau, ob es sich für sie lohnt, mit einer Krankenkasse einen Selektivvertrag abzuschließen.

Dr. Michael Lang

Selektivverträge

Die rechtliche Grundlage der Selektivverträge ist in den Paragraphen 73a-c des SGB V geregelt. Bei der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) koordiniert der Hausarzt die gesamte Behandlung des Patienten. Die Idee: Der Hausarzt kennt seinen Patienten und dessen Krankengeschichte am besten. Deshalb sollte er alle Behandlungsinformationen erhalten. Er übernimmt die Rolle eines Lotsen im Gesundheitswesen und überweist den Patienten an den Facharzt. Damit sollen der „Ärztetourismus“ eingedämmt, Mehrfachuntersuchungen und unnötige Krankenhauseinweisungen sowie vermeidbare Wechselwirkungen von Medikamenten verhindert werden. Wichtig: Nicht nur der Hausarzt, sondern auch der Patient muss sich für den Selektivvertrag anmelden – er nimmt nicht automatisch daran teil. Als Belohnung für seine Teilnahme am Hausarztvertrag können die Krankenkassen dem Patienten bei der Beitragshöhe oder bei der Medikamentenzahlung entgegenkommen. Weitere Selektivverträge neben dem Hausarztvertrag sind beispielsweise Facharztverträge, DMP oder auch Programme zur integrierten Versorgung.