

## Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem

# Die Rolle der Vertragsärzte in einem Krankenkassenwettbewerb um Versicherte

DR. MANFRED RICHTER-REICHEL, FRÜHERER VORSITZENDER DER KBV UND DER KV BERLIN



**D**ie Rolle der Vertragsärzte im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander ist nicht gesetzlich geregelt. Kritisch wird in der Regel die Zusammenarbeit von Vertragsärzten mit anderen Akteuren wie etwa der Pharmaindustrie gesehen. Dagegen wird eine schädliche Einflussnahme der Krankenkassen auf die Arbeit von Vertragsärzten offensichtlich auch dann nicht vermutet, wenn Ärzten daraus ein finanzieller Vorteil entsteht. Dies ist kritisch zu hinterfragen, hat doch in der Vergangenheit der Wettbewerb der Krankenkassen nicht primär der Suche nach besseren Versorgungsstrukturen gedient, sondern das Ziel waren zumeist kurzfristige Einsparungen und die Gewinnung von Versicherten mit „guten Risiken“. Auch die Erfahrungen aus Selektivverträgen geben bisher Anlass zu zweifeln, dass Krankenkassen wie behauptet „Anwälte der Patienten“ sind. Gleichmaßen ambivalent und zwischen Ablehnung und Kooperation schwankend haben sich in den vergangenen Jahren ärztliche Berufsverbände und Körperschaften gezeigt. Uneingeschränkt positiv sind insgesamt lediglich solche Kooperationen von Ärzten mit Krankenkassen zu werten, die das Ziel haben, die sektorübergreifende und populationsorientierte Versorgung zu verbessern.

Dürfen und sollen Vertragsärzte eine Rolle in einem Kassenwettbewerb um Versicherte spielen? Diese Fragen sind nicht unberechtigt, bedenkt man die kritische Einstellung des Aufsichtsministeriums und des Gesetzgebers zu Fragen der Zusammenarbeit von Vertragsärzten untereinander sowie mit Apothekern und pharmazeutischen Unternehmen, aber auch mit Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Hier sind strenge Regeln vorgeschrieben, wenn es um finanzielle und/oder materielle Unterstützung seitens der Partner geht. Leicht ist von Einflussnahme und Korruption bzw. Vorteilsnahme und Bestechlichkeit die Rede.

Wenn andererseits die Kooperation der Vertragsärzte im Wettbewerb der Kassen nicht untersagt, sondern gar erwartet wird, muss man wohl davon ausgehen, dass seitens der Politik die Gefahr einer unwillkommenen und schädlichen Einflussnahme der Kassen auf die vertragsärztliche Arbeit nicht vermutet wird – wenngleich dem Vertragsarzt durchaus dieser oder jener materielle Vorteil entstehen mag.

### Aufgaben der Ärzte und Vertragsärzte

Stellt sich die Frage: wollen Vertragsärzte eine Rolle im Kassenwettbewerb um Versicherte spielen? Verbietaht ihnen ihr „Ehrenkodex“ eine Zusammenarbeit? Begeben sie sich in Gefahr angesichts der Einbettung ihrer Arbeit in das Zivil-, Straf- und Sozialrecht?

Der auch von den Medien und in der Öffentlichkeit viel zitierte hippokratische Eid (siehe Abbildung 1) als „Ehrenkodex“ ist heute abgelöst durch das Arztgelöbnis. Im Ergebnis ist danach der Arzt der Anwalt des einzelnen

Kranken und dessen Wohl verpflichtet, er ist nicht Anwalt einer Sozialversicherung und nicht Anwalt des Staates.

Er darf bei der Ausübung seines Berufes dem Patienten nicht seine persönlichen, weltanschaulichen, moralischen oder politischen Vorstellungen aufzwingen. Er hat als Vertrauter des Patienten uneingeschränkte Verschwiegenheit über den Tod des Patienten hinaus zu wahren.

Weicht die Rolle des Vertragsarztes von diesem Kodex ab? Der Vertragsarzt ist darüber hinaus sozialrechtlich verpflichtet: Paragraf 12 des Sozialgesetzbuches (SGB V) schreibt vor, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Nicht notwendige oder unwirtschaftliche Leistungen sind nicht erlaubt. Hier fließen also zusätzliche Verpflichtungen ein, die nicht gerechtfertigte Kosten für die Solidarversicherung verhindern sollen. Diese Verpflichtung gilt explizit für die Versicherten, die Leistungserbringer und die Krankenkassen.

### Wettbewerb der Krankenkassen

Auf seiner Internetseite schreibt das Bundesgesundheitsministerium zum Wettbewerb im Gesundheitswesen:

„Wettbewerb im Gesundheitswesen nützt den Patientinnen und Patienten. Sie erhalten so eine größere Wahlfreiheit und am Ende eine bessere Behandlung. [...] Wettbewerb im Gesundheitswesen ist also kein Selbstzweck, sondern der Weg zu einer besseren medizinischen Qualität, zu mehr Effizienz und zu weniger Bürokratie. [...] In einem gesunden und wettbewerblichen Krankenkassensystem konkurrieren die gesetzlichen Krankenkassen darum, wer seinen Versicherten das beste Angebot zum bestmöglichen Preis

machen kann. Die Versicherten werden bei der Wahl ihrer Krankenkasse sowohl das Leistungsangebot der Krankenkassen als auch die Höhe des Zusatzbeitrags vergleichen.“

Genügen die gesetzlichen Krankenkassen diesem vom Bundesgesundheitsministerium gesetzten Anspruch? Zweifel sind angebracht. Geht es wirklich um Qualität und bessere Versorgung? Oder geht es eher um Vermeidung von Zusatzbeiträgen und kurzfristige Einsparungen, um ein gutes Ranking im Kassenvergleich und ein gutes Risikoprofil der Versicherten?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) stellt bislang nur einen Wettbewerb um sogenannte gute Risiken fest: So können Verträge zu Kinderfrüherkennungsuntersuchungen, Zusatzleistungen für junge Familien oder Berufstätige dauerhaft vereinbart werden (TK). Echte Versorgungsverträge attrahieren eher eine Klientel, die krank ist und damit Kosten verursacht, auf denen die Krankenkasse trotz des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sitzen bleibt. Die Krankenkasse KKH war ja unruhlich aufgefallen, da ihre Telefonberater die Anweisung hatten, teuren Patienten eher andere Kassen zu empfehlen, währenddessen sogenannte Haltepatienten mit Zusatzleistungen angezogen und gehalten werden sollten.

Die AOK sieht Vorteile der IV-Verträge nach Paragraf 140 SGB V:

- Durch die Möglichkeit von Einzelverträgen können patientenorientierte, Sektor übergreifende Versorgungsstrukturen geschaffen werden.
- Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung gewinnen an Bedeutung.
- Kassenärztliche Vereinigungen sind als Vertragspartner ausgeschlossen.

## II GIVRAMENTO D'IPPOCRATE

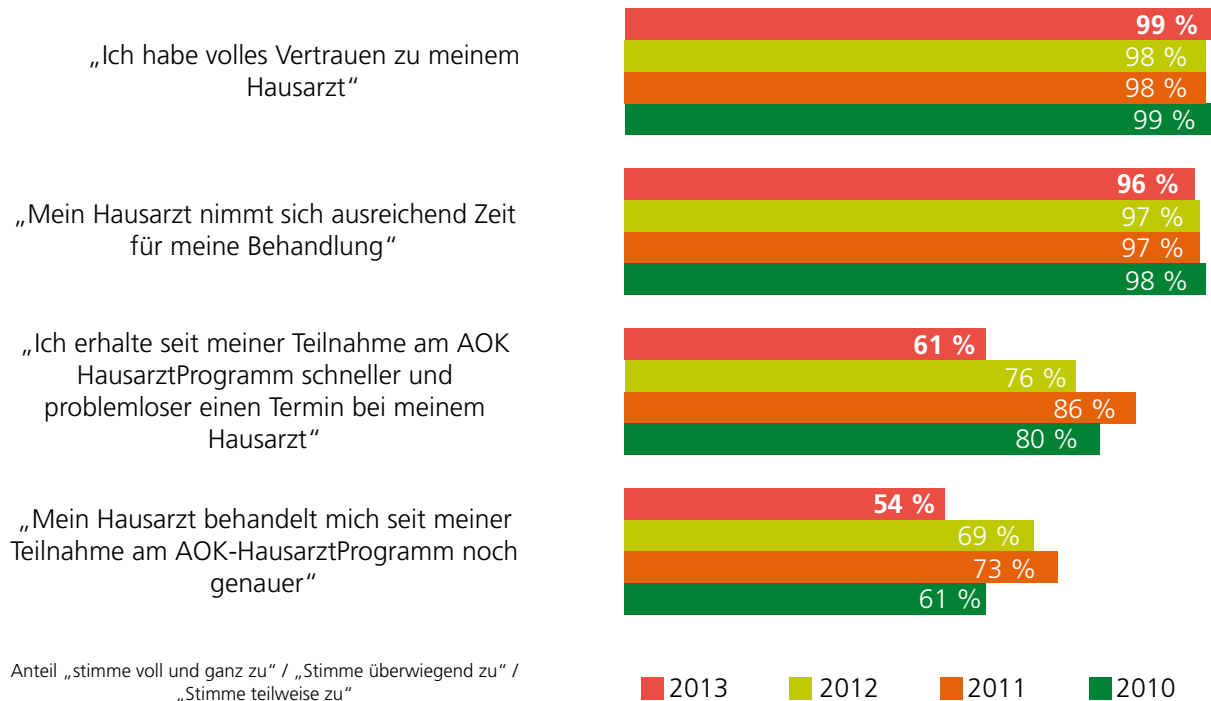
GIVRO AI NOMI DI APOLLO MEDICO E DI ASCLEPIO, DI YGEIA E DI TUTTI GLI DEI E LE DEE, CHE LI CHIAMO COME TESTIMONI, DI RIMANERE FEDELE, NELLA MISURA DELLE MIE CAPACITÀ E DEL MIO GIUDIZIO A QUESTO GIVRAMENTO E CONTRATTO; DI CONSIDERARE IL MIO MAESTRO, CHE M'INSEGNO QUEST'ARTE, UGUALE AI MIEI GENITORI, ED I SUOI DISCENDENTI MASCHI COME FRATELLI. DI INSEGNARE QUESTA ARTE A TUTTE LE MIE CONOSCENZE MEDICHE A CHI ME LE DOMANDA SENZA NESSUNA RIMUNERAZIONE O CONVENZIONE, LO STESSO ANCHE A TUTTI QUELLI CHE HANNO PRESTATO LO STESSO GIVRAMENTO E ALL'ESCLUSIONE DI TUTTI ALTRI; DI NON AMMINISTRARE A NESSUNA PERSONA MENTICAMENTO MORTIFERO ANCHE SE ME LO DOMANDEREBBE. NE DI INDICARE L'USO; DI NON PROCURARE AD UNA DONNA INCINTA IL MEZZO DI ABORTIRE. DI MANTENERE LA MIA VITA PERSONALE E LA MIA ARTE PURE E IMMACOLATE; DI NEGARE LA CASTRAZIONE ANCHE A QUELLI CHE ME LO DOMANDEREBBERO E LASCIARE QUESTA PRATICA AI MEDICI EMPIRICI. IN TUTTE LE CASE CHE MI INTRODUCERO DI FARLO PER IL BENE E IL BENEFIZIO DI QUELLI CHE SOFFRONO E DI ASTENERMI DA OGNI INGIUSTIZIA INTENZIONALE, DI OGNI PREGIUDIZIO E DI OGNI ATTO SESSUALE SUI CORPI DI DONNE, DI UOMINI, SIA LIBERI CHE SCHIAVI. DI NON MAI INVOCARE TUTTO QUELLO CHE POTREI AVER SENTITO O VISTO DURANTE IL TRATTAMENTO, NEANCHE AL DI FUORI DELLO SPAZIO DEL TRATTAMENTO E NELLA VITA QUOTIDIANA DEGLI UOMINI MA DI TACERE E DI TENERLO SEGRETO PER SEMPRE. CHE QUESTO GIVRAMENTO, CHE RISPETTERO E DI CUI NON VERRÒ MAI DI MEMO, SIA MIA GUIDA DURANTE TUTTA LA MIA VITA E NELLA MIA ARTE PER AVER SEMPRE LA STIMA DI TUTTO IL MONDO. NEL CASO CHE LO INFRANGERO E LO SPERGIURERO, SIA PUNITO PER IL MIO PECCATO.



Abbildung 1: Der hippokratische Eid ist heute durch das Arztgelöbnis abgelöst worden. Er ist danach allein dem Wohl des Kranken verpflichtet, nicht aber ist er Anwalt einer Sozialversicherung oder gar des Staates.



## Wettbewerb der Kassen – wem nützen Hausarztverträge?



Quelle: AOK Baden-Württemberg



**Abbildung 2: Ergebnisse einer Prognos-Umfrage zur hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg: Die Werte einzelner Frageitems sind im Jahr 2013 hinter die Ausgangswerte der ersten Umfrage im Jahr 2010 zurückgefallen.**

- Die Kassen können ihren Versicherten für die Teilnahme an IV-Programmen einen Bonus gewähren. Im Sachverständigenbericht 2012 steht zur Frage „Aus welchen Überlegungen heraus macht die Krankenkasse einen Vertrag“:
  - Der wichtigste Aspekt für die Teilnahme an der integrierten Versorgung nach Paragraph 140a-d SGB V ist aus Sicht der Krankenkassen die Steigerung der Qualität, gefolgt von Kostensenkungen und der Steigerung der Zufriedenheit der Patienten.
- Aber:
- Diese Erwartungen hat am ehesten die Möglichkeit zur selektiven Auswahl von Leistungserbringern erfüllt, gefolgt von der Steigerung der Patientenzufriedenheit und dem Imagegewinn für die Krankenkasse. Ergo: Qualitätsverbesserung und Kostensenkung stehen dem Sachverständigenrat zufolge im Hintergrund.

Auch der viel zitierte AOK-Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg zeigt relativ weiche Erfolgsparameter. Die Telefonumfrage von prognos ergab:

- „Mein Hausarzt berät mich ausführlich über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung“ (70 Prozent).
- „Seitdem ich am HausarztProgramm teilnehme, erhalte ich schneller und problemloser einen Termin bei meinem Hausarzt“ (63,7 Prozent).
- „Mein Hausarzt behandelt mich seit meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm noch genauer“ (52,4 Prozent).

Interessant dabei ist, dass die von den HZV-Versicherten geschätzte Qualität der Versorgung nach einem „Zwischenhoch“ im Jahre 2013 in wesentlichen Punkten deutlich unter die Eingangswertung der Teilnehmer von 2010 zurückgefallen ist (siehe Abbildung 2).

## Versicherte oder Kranke?

- Kassenwettbewerb um **Versicherte**
  - Junge
  - Gesunde
  - Versicherte zur Quersubvention der Kranken?
- **Positionen:**
  - Kassen: angeblich Anwalt der Kranken
  - Ärzte: Kassen nur Anwalt der Versicherten, nicht der Kranken

Quelle: Dr. Richter-Reichhelm



**Abbildung 3: Krankenkassen betonen, Anwälte der Patienten zu sein, für Ärzte sind Kassen eher Anwälte ihrer Versicherten.**

## Versicherte oder Kranke?

Geht es also beim Kassenwettbewerb und bei den Selektivverträgen um Vorteile für den Versicherten oder den Kranken? Meine Zwischenbilanz lautet: die Kassen sind vorrangig an jungen und gesunden Versicherten interessiert, die im Sinne einer Quersubvention die überschießenden Kosten der Kranken auffangen oder mindern. Während die Kassen für sich reklamieren, Anwalt der Patienten zu sein, betonen die Ärzte, die Kassen seien nur Anwalt der Versicherten, Anwalt der Kranken seien allein die Ärzte (siehe Abbildung 3).

## Hilfe der Vertragsärzte im Kassenwettbewerb?

In dieser Frage ist die Position der Vertragsärzte und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) uneinheitlich. Gut erinnerlich ist mir der beachtenswerte Auftritt von Herbert Rebscher im Jahr 2000 vor Vertretern der KBV und der KVen in Berlin. Die Vertragsärzte sorgten sich um die Gefährdung ihres Sicherstellungsauftrags nach der qua Gesetz ermöglichten selektiven Kontrahierung der Kassen – an der KV vorbei. Offen und direkt sagte damals Herbert Rebscher, er werde diese Möglichkeiten nutzen, um die Monopolstellung und die Macht der KVen anzugreifen und zu schmälern. Die anwesenden Ärztfunktionäre überlegten gar – nicht zum ersten Mal – ihren Sicherstellungsauftrag zurückzugeben. Die formalen und juristischen Implikationen wurden dabei völlig vernachlässigt. Das Meinungsbild bei einer Probeabstimmung war knapp, den Sicherstellungsauftrag zu behalten.

Am Rande des Deutschen Ärztetages 2002 in Rostock wurde durch die KV Mecklenburg-Vorpommern sogar eine Satellitensitzung neben der KBV-Vertreterversammlung abgehalten, in der gegen die Disease-Management-Programme (DMP) und die Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) gewettert wurde. Man brachte die – mit dem Einverständnis der Kranken versehene – Übermittlung persönlicher Patientendaten an die Krankenkassen gar mit einem „Verrat der Kranken“ und einer Stasi-Bespitzlung in Zusammenhang. Der Datenschutz sei höchst gefährdet! Auf einer Sitzung des Länderausschusses der KBV in Berlin wurde der KV-Vorsitzende von Nordrhein, Leo Hansen, auf das Übelste beschimpft, weil er ein DMP zum Diabetes mellitus in der Pipeline hatte.

## Hilfe der Vertragsärzte im Kassenwettbewerb

Bemerkenswert war in dieser Zeit, dass die schärfsten Kritiker am „Datenverrat“ zügig im Folgequartal ihre DMP-Verträge abschlossen. Die Vertragsärzte wurden also Helfer der Krankenkassen in ihrem Wettbewerb um Versicherte. Da wurden und werden die Vertragsärzte per Rundschreiben durch eine AOK zur sorgfältigen und korrekten Diagnose-Kodierung aufgerufen. Rechtlich gewiss nicht anzugreifen, die Kodierung zu optimieren. Konkurrenzkassen sahen dies kritisch, denn der Effekt war eine Steigerung des Zuflusses auf dem Gesundheitsfonds dank korrekter und verbesserter Kodierung – zuungunsten der anderen Kassen.

## Aktive Rolle der Vertragsärzte?

### Keine Einwände, wenn

- Datenschutz/Einverständnis der Versicherten gewährleistet
- Im Ergebnis bessere Behandlung
- Bessere medizinische Qualität
- Mehr Effizienz
- Weniger Bürokratie

Quelle: Dr. Richter-Reichhelm



**Abbildung 4: Positiv ist bei Einhaltung bestimmter Bedingungen die Hilfe von Vertragsärzten im Suchprozess für Innovationen zu sehen.**

Ich selbst hatte als Vorsitzender der KV Berlin bei meinen Kolleginnen und Kollegen für ein DMP „Koronare Herzkrankheiten KHK“ der AOK geworben. Auch hier bedeutete die ärztliche Unterstützung, dass aus dem Topf des Risikostrukturausgleichs per „Staubsaugereffekt“ zusätzliche Gelder in den Kassentopf nach Berlin flossen, was wiederum der Kasse auskömmlichere Honorarverträge mit der KV ermöglichte – seinerzeit noch nicht gemeinsam und einheitlich.

In Berlin und in Brandenburg schloss die AOK umstrittene Bonusverträge mit der KV ab, die Boni versprachen, wenn hohe Arzneiverordnungskosten gesenkt würden. Mit großem Erfolg in Brandenburg, ohne Effekt in Berlin. In diesem oder jenem Fall kann man gewiss die Frage stellen, ob die Hilfe der Vertragsärzte vertretbar war oder ein „Gschmäcke“ hatte.

### Wettbewerb als Suchprozess für Innovationen

Unbestritten positiv zu beurteilen ist die vertragsärztliche Hilfe im Kassenwettbewerb, wenn es um den Suchprozess nach Innovationen geht (siehe Abbildung 4). Allerdings gilt es Voraussetzungen zu vereinbaren und zu erfüllen:

- Die Versicherten müssen volle Transparenz über die Leistungen der Kassen wie der Ärzte erhalten
  - Eine Kommodifizierung von ärztlichen Leistungen muss unbedingt vermieden werden
- Beispiele für derartige Innovationen sind
- neue Integrationsverträge nach Paragraph 140 SGB V, die diesen Namen auch verdienen. Ein IV-Vertrag „linkes Knie“ kann es nicht sein. Die integrierte Vollversorgung ist gefragt.
  - Ein gutes Pilotprojekt ist das „Gesunde Kinzigtal“. Dort profitieren – auch wirtschaftlich – sowohl die teilnehmenden Kassen als auch die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, vor allem aber die Patienten durch die nachgewiesene Verbesserung der Versorgungsqualität.
  - Der Innovationsfonds stellt ein Erfolg versprechendes Angebot dar, wenn Ärzte gemeinsam mit den Kostenträgern Projekte anstoßen, die die Förderung der folgenden Gebiete zum Ziel haben: Telemedizin, Versorgungsmodelle in strukturschwachen Gebieten, Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen, Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung, Modellprojekte zur Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten.

Hier das Ziel zu erreichen, die sektorübergreifende Versorgung zu verbessern sowie diese Projekte im Sinne der Versorgungsforschung wissenschaftlich zu begleiten, ist des „Schweißes der Edlen“ und der Unterstützung der Vertragsärzte wert.

E-Mail-Kontakt:  
manfred@ri-rei.de

### DR. MANFRED RICHTER-REICHELHM



*Dr. Manfred Richter-Reichhelm hat in Köln und Berlin Humanmedizin studiert. Nach Medizinalassistentz und Facharztweiterbildung war er ab 1974 als Facharzt für Urologie in Berlin-Tegel niedergelassen, seit dem Jahr 2000 in Gemeinschaftspraxis mit Partner Dr. J. Krain; die Praxisübergabe erfolgte 2006. Richter-Reichhelm war neben seinem Engagement in Berufsverbänden von 1981 bis 2004 Mitglied der Vertreterversammlung der KV Berlin. Desweiteren war er von 1983 bis 2004 Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin. Dem Vorstand der Kammer gehörte er von 1983 bis 1985 an, dem Vorstand der KV von 1985 bis 1988. Vorstandsvorsitzender der KV Berlin war er zwischen 1989 und 1992 sowie 1997 und 2004. Zudem gehörte er von 1997 bis 1999 dem KBV-Vorstand an, 2000 bis 2004 als dessen Vorstandsvorsitzender. Er engagiert sich im Kuratorium der Kaiserin Friedrich Stiftung sowie als Vorstandsvorsitzender des Vereins Erinnerungs-, Bildungs- und Begegnungsstätte EBB Alt Rehse.*

