

Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e. V.

Wissenschaftliches Symposium am 16. Januar 2009 in Leipzig

- Vertragswettbewerb und Marktmacht – Wer gewinnt? -

**Lösen Hausarzt- und Direktverträge die Kollektivverträge ab?
Cui bono?**

Referent: Dr. med. Klaus Heckemann
Vorstandsvorsitzender
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Hausarztvertrag-Gesetzesgrundlage

- Gesetz kennt keinen „Hausarztvertrag“, sondern nur die „hausarztzentrierte Versorgung“ nach § 73b SGB V
- Einführung durch das GKV-Modernisierungsgesetz mit Wirkung zum 01.01.2004
- Änderung durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV vom 17.10.2008:
 - Kontraktionszwang der Kassen mit Frist bis zum 30.06.2009
 - Primärvertragspartner: Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte eines KV-Bezirktes vertreten

1/3 Ausschluss der KVen?

- **§ 73 b Abs. 4 aa) Satz 3 SGB V:** *„Ist ein Vertrag nach Satz 1 zustande gekommen oder soll ein Vertrag zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen werden, können Verträge auch abgeschlossen werden mit
[...]
4. Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben.“*
 - *„1. vertragsärztlichen Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,“*
 - *„2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, ...“*

das sind:

- Allgemeinmediziner
- Kinderärzte
- hausärztliche Internisten
- Hausärzte

2/3 Ausschluss der KVen?

Fazit:

Eine Kassenärztliche Vereinigung kann hausarztzentrierte Versorgungsverträge schließen, sofern ein Vertrag zwischen Krankenkassen und Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinmediziner vertreten, zustande gekommen ist und sie von den in § 73 Abs. 1a SGB V genannten vertragsärztlichen Leistungserbringern ermächtigt wurde.

Versuch einer Interpretation:

Gesetzgeber traut den „Gemeinschaften“ zwar einen hohen Organisationsgrad zu, aber keine hinreichende Verbreitung der „hausarztzentrierten Versorgung“ allein durch diese.

Folge:

- „Gemeinschaften“ können bei entsprechendem Organisationsgrad ohne Mandat als Primärvertragspartner in Erscheinung treten.
- KVen können mit Mandat als Sekundärvertragspartner aktiv werden.

Aber➔

3/3 Ausschluss der KVen?

**Umsetzung und empirische Abschätzung der Übergangsregelungen zur
Einführung des Gesundheitsfonds (§272 SGB V)
(Gutachten im Auftrag der Bundesregierung)**

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Dr. Florian Buchner

Prof. Dr. Eberhard Wille

„Die Vorgabe des § 272 Absatz 2 Satz 2 SGB V ist keiner sinnvollen Interpretation zugänglich, der Versuch einer wörtlichen Umsetzung der Konvergenzklausel wurde zu einer grotesken Unterfinanzierung der Krankenkassen führen.“

1/4 Cui bono?

- Kosten

- Der Sächsische Hausärzteverband stellt einen Fallwert von 85 EUR in Aussicht – KV-Fallwert 53 EUR.

Frage:

Wirtschaftlichkeit?

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

[§ 12 SGB V]

Führt der potentielle sächsische Hausarztvertrag zu einer um 60 % verbesserten Versorgungsqualität/Wirtschaftlichkeit?

Mit welchen Maßnahmen rechtfertigt die vertragsschließende Kasse mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot Mehrkosten in Höhe von 60 %?

2/4 Cui bono? - Patienten

Vorteile für Patienten lt. Hausarztzentrierte Versorgung der AOK Baden-Württemberg:

- Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, zukunftssicheren und flächendeckenden hausärztlichen Versorgung
- Koordinierung der Leistungen im Gesundheitssystem durch den Hausarzt
- Leitlinienorientierte Behandlung
- Erweiterte, jährliche Gesundheitsuntersuchung
- Wartezeiten maximal 30 Minuten
- Abendsprechstunde bis 20 Uhr
- Elektronischer AOK-Patientenpass

3/4 Cui bono? - Patienten

Fazit:

Medizinischer Zugewinn für Patienten zu gering, als dass Mehrkosten z. B. im Umfang von 60 % gerechtfertigt wären.

Fazit:

Eine erhebliche Steigerung der Versorgungsqualität durch hausarztzentrierte Versorgung ist ausgeschlossen, denn dann wäre die hausärztliche Regelversorgung unzureichend und unzweckmäßig, also unwirtschaftlich.

4/4 Cui bono? - Krankenkassen

- Für den Zeitraum bis 2008 entsprach es der gesetzlichen Intention, dass hausarztzentrierte Verträge nicht zu Beitragserhöhungen führen sollen.
- Ab 2009 ist der Spielraum der Kassen durch den Gesundheitsfond limitiert.
- Die Kassen sind damit auch de facto strikt an das Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden, sodass Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität von vornherein beschränkt sind.

1/5 Zwischenfazit

Frage:

*Ist eine Kasse grundsätzlich bereit, für eine z. B. 20%-ige Steigerung der Behandlungsqualität – deren Messbarkeit vorausgesetzt – auch **nur 5 % mehr** Geld zu zahlen?*

- *Wirtschaftlichkeitsgebot*
- *Zuweisungen aus Gesundheitsfond*
- *Prämienerstattung als Marketingmittel*
- *Interessen Versicherte - Interessen Patienten*

These:

*Die verschiedenen Sparzwänge der Kassen lassen die Annahme zu, dass diese eher eine z. B. 1 %-ige Qualitätsverschlechterung hinnehmen werden, wenn hierdurch eine **Kostenersparnis von 5 %** erreicht werden könnte.*

2/5 Zwischenfazit

Der Gesetzgeber erweckt den Anschein, als ginge es primär um eine verbesserte Versorgung der Patienten. Aufgrund der gesetzlichen Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung und der Gesetzessystematik wird deutlich, dass es sich allein um ein Sparmodell handelt.

These:

Bei möglichen Mehrausgaben in Sachsen von 60 % für die hausarztzentrierte Versorgung wird diese Zielstellung entweder verfehlt oder durch rigide Sparmaßnahmen seitens der Kassen zulasten der Ärzte und Patienten refinanziert.

3/5 Zwischenfazit

- Eine Teilnahme des Arztes geht zwingend mit Einschränkungen der Therapie- und Verordnungsfreiheit einher.
- Angesichts zahlreicher Vertragsparteien sowie der Freiwilligkeit einer Teilnahme für Versicherte und Arzt werden die Vertragsbeziehungen unübersichtlich und die Verwaltungsausgaben steigen.

Fazit:

Eine sinnvolle Entfaltung der hausarztzentrierten Versorgung ist wegen der Wirkungen des Rechts auf freie Arztwahl, des Wirtschaftlichkeitsgebotes und wegen des Gleichheitsgrundsatzes nicht zu erwarten.

4/5 Zwischenfazit

Lösen Hausarzt- und Direktverträge die Kollektivverträge ab?

- **Nein**, denn die medizinische Versorgung wird nicht besser und die Kosten nicht geringer!
- **Nein**, denn dann bestünden die Verhältnisse, die vor Einführung des Kollektivvertragssystems durch Notverordnung bestanden!
- **Nein**, weil eine BESONDERE Versorgungsform denklogisch keine REGELVERSORGUNG sein kann!

5/5 Zwischenfazit

- Die gesetzliche Motivation zur Schaffung dieser Versorgungsform liegt einzig und allein darin, Kosten zu sparen.
- Dieses Ziel kann nicht erreicht werden, da die Kassen bei Vertragsschluss mit den „Gemeinschaften“ die Vergütungssätze unwirtschaftlich hoch ansetzen müssen, um Ärzte aus dem Kollektivvertragssystem herauszulocken.
- Der Patient profitiert in medizinischer Hinsicht kaum, denn eine Erweiterung der GKV-Leistungen erfolgt nicht. Es verbleibt bei einer etwaigen Verbesserung von Randbedingungen, die auch außerhalb dieser speziellen Versorgungsform erreichbar wäre.
- **Was war denn nun wirklich die Absicht?**

1/5 Cui bono? – Der Mißbrauch - Krankenkassen/Hausärzteverband

Refinanzierungsmaßnahmen a la Bayern (I):

„Ich bitte Sie nun dringend, noch vor den Weihnachtsfeiertagen bei Ihren AOK-Patienten die genaue Diagnose-Codierung durchzuführen.

Benützen Sie hierzu bitte das Ihnen eventuell zugewandene individuelle Schreiben der AOK und codieren Sie immer bis auf die letzte ICD-10-Stelle. Es ist ein erheblicher Unterschied bei der RSA-Berechnung, ob Sie z. B. nur „Diabetes mellitus“ oder „Diabetes mellitus mit Polyneuropathie bzw. Retinopathie“ codieren. Überprüfen Sie bitte Ihre AOK-Patienten auch hinsichtlich der 80 RSA-relevanten Diagnosen.

...

Bitte beachten Sie, dass wir derzeit ausschließlich für die AOK die Codierung überprüfen.“

[Dr. Hoppenthaller, 16.12.2008]

2/5 Cui bono? – Der Mißbrauch - Krankenkassen/Hausärzteverband

Refinanzierungsmaßnahmen a la Bayern (II):

„Die AOK hat mit uns folgenden Vertrag geschlossen.

...

c) Chroniker bzw. RSA-Zuschlag in Höhe von € 26,00. Jeder Patient, den Sie als RSA-Patienten mehr identifizieren, bringt mehr Honorar.

Als Gegenleistung für das Entgegenkommen der AOK bitten wir Sie nochmals, eine entsprechende Codierung bei den AOK-Patienten vorzunehmen. Nur eine AOK, die entsprechende Zuweisungen über den Risikostrukturausgleich enthält, kann diesen Vertrag auf Dauer bedienen.

Was müssen Sie also tun: ...

2. Die Codierung Ihrer AOK-RSA-Patienten überprüfen.

[Dr. Hoppenthaller, 17.12.2008]

3/5 Cui bono? – Der Mißbrauch - Krankenkassen/Hausärzteverband

Refinanzierungsmaßnahmen a la Bayern (III):

„Wir werden diesen Vertrag den Ersatzkassen und den Betriebskrankenkassen mit der Bitte um Unterschrift zuleiten. Sollten sich diese verweigern, sähen wir keine Möglichkeit mehr, deren Versicherte auf Dauer – außer im Notfall – zu behandeln.“

[Dr. Hoppenthaller, 17.12.2008]

4/5 Cui bono? – Der Mißbrauch - Bundesversicherungsamt

„...Wir weisen darauf hin, dass jede Erhebung von Daten durch Krankenkassen bei Ärzten zur Verwendung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unzulässig ist, da es hierfür an der datenschutzrechtlich unabdingbaren Rechtsgrundlage fehlt. Diese Auffassung wird auch gedeckt durch einen entsprechenden Beschluss im Rahmen der 73. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 25. bis 26. November 2008 in Berlin...

...Wir bitten daher, uns zu bestätigen, dass Sie nicht in der vorstehend beschriebenen Weise vorgehen, beziehungsweise eine von Ihnen geübte Praxis, die der vorstehend beschriebenen entspricht, unverzüglich einzustellen und uns dies mitzuteilen...“

[Schreiben des BVA an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen und die Sozialministerien der Länder vom 17.12.2008]

5/5 Cui bono? – Der Mißbrauch

- Dr. Hess

„Unter dem Gesichtspunkt der nach Art. 3 Grundgesetz notwendigen Gleichbehandlung der Versicherten im öffentlich-rechtlichen Sachleistungssystem würden deswegen kassenbezogene Wahltarife zur hausarztzentrierten Versorgung dann auf verfassungsrechtliche Bedenken stoßen, wenn sie den zu gewährleistenden Anspruch aller Versicherter nach §§ 27, 72 Abs. 2 auf die medizinisch notwendige in ihrer Qualität gesicherte Regelversorgung zugunsten selektiver Wahltarifs-Vertragsangebote der Krankenkasse einschränken würden. Diese verfassungsrechtlichen Bedenken bestehen insbesondere dann, wenn dem Hausarzt eine kassenbezogene Ausrichtung seiner ärztlichen Betreuungsintensität auf (Wahltarif-)Versicherte einer bestimmten Krankenkasse zugemutet werden sollte.“

[Kasseler Kommentar]

1/3 Die Folgen

RSA ?

Ein Vorschlag



Dr. med. Klaus Heckemann

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Vorstandsvorsitzender
Dr. med. Leonhard Hansen

Kühlungsborn, am 22.07.03

Sehr geehrter Herr Hansen,

bezugnehmend auf unser Gespräch am Freitag in Berlin hier nun der
etwas detailliertere:

RSA - Lösungsvorschlag

Diagnosebezogene Umverteilung von Finanzmitteln
innerhalb der GKV
auf der Basis der Arzneimittelverordnungen

2/3 Die Folgen

Refinanzierung ?

➔ Zusatzbeiträge oder massive Rationierung

3/3 Die Folgen

KV ?

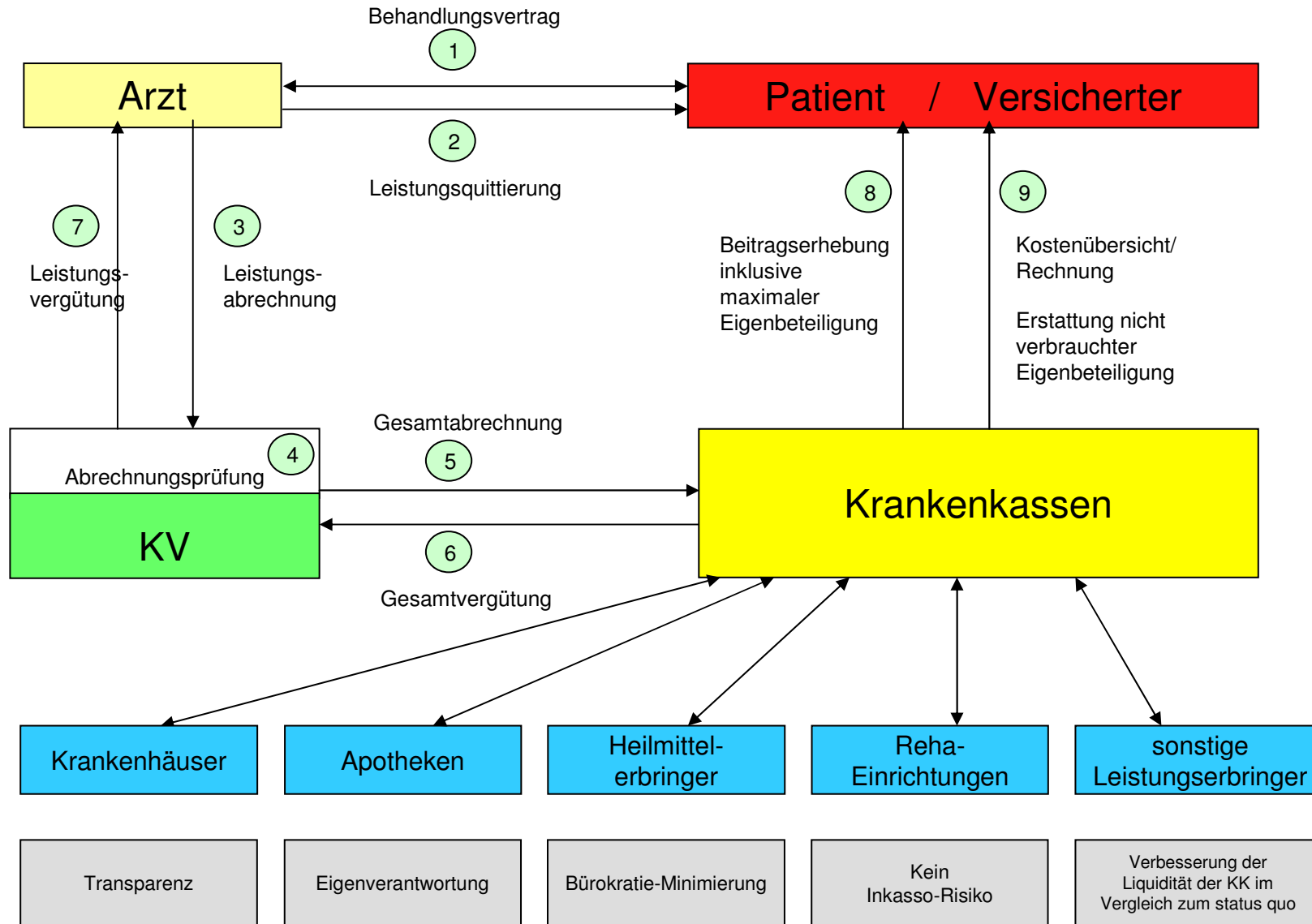


Eine Alternative

Das Jahr 2004...



GKV - Kostenabrechnungssystem



Ich bedanke mich herzlich für Ihre Aufmerksamkeit!

Diese Datei wurde erstellt:

im Auftrag von: Herr Dr. Klaus Heckemann

von: VS/HGF-Sekretariat

Bearbeiter: Anne Kroschwitz

Unser Zeichen.: VS/HGF-kro

Telefon: 0351 8290-516

E-Mail: a.kroschwitz@kvs-kgst.de

Internet: www.kvs-sachsen.de

Datum: 09. Januar 2009

