



B H I

Bundesverband Hausärztlicher Internisten e.V.

Landhausstrasse 10, 10717 Berlin, Tel. 030 / 863 96 110, Fax: 030 / 863 96 157

Homepage: www.Hausarzt-BHI.de, E-mail: Geschaeftsstelle@Hausarzt-BHI.de

BHI - Newsletter

Oktober 2015

Honorarabschluss 2015

Es ist mittlerweile ein rituelles Spiel geworden wie alle Tarifverhandlungen: Die KBV und ihrer Institute bemühen sich nachzuweisen, wie die Kostenentwicklung in den Praxen ist und formulieren ihre Forderungen zur **Anhebung des Orientierungspunktwerts** (OPW) und die Krankenkassen kommen mit Vorliebe mit neuen "Gutachten", um zu beweisen, dass die Ärzte sowieso zu viel verdienen. Am Ende entscheidet das Schiedsamt in Form des Erweiterten Bewertungsausschuss und man fragt sich, ob das viele Geld für die Erstellung wissenschaftlicher Expertisen und Gutachten wirklich gut angelegt ist.

Was ist dieses Jahr herausgekommen? Der OPW steigt um 1,6% auf nun € 10,4361. (Die KBV hatte 2,6% gefordert, die Kassen haben 0,4% angeboten). Nach zwei Nullrunden 2011/12, 1,3% für 2013 und 1,4% in 2014 dürfte für die letzten 5 Jahre nicht einmal ein Inflationsausgleich erreicht worden sein. Der Standardkommentar nach Abschluss der Verhandlungen lautet meist: "Mehr war nicht drin".

Zu dieser Anhebung des OPW kommt noch eine **Honorarzuschlag für die Morbiditätsentwicklung**, der im Bundesdurchschnitt 2,1% beträgt, in den einzelnen Länder-KVen jedoch sehr unterschiedlich ausfällt und der auf Landesebene verhandelt wird.

Schon lange steht im Gesetz, dass die Kassen für steigende Morbidität aufkommen müssen, in der Praxis werden dafür jedoch nur einige definierte Erkrankungen betrachtet, und die mussten auch noch 25% über dem Anstieg aller anderen Erkrankungen liegen. Dieser Wert wurde seit 2009 nie erreicht, deswegen wurde er nun auf 15% abgesenkt. Ob diese Schwelle reichen wird, z. B. unterschiedlich stark ausgeprägten Grippewellen tatsächlich zu einem Nachschuss der Krankenkassen führen wird bleibt abzuwarten.

Krankenhauseinweisungsrichtlinie

Ein besonderes Ärgernis ist die Anfang des Jahres vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) gegen die KBV verabschiedete Krankenhauseinweisungsrichtlinie. Darin ist geregelt, dass der einweisende Arzt zuvor zu prüfen hat, ob eine ambulante Behandlung ausreichen kann. Das war bisher auch so, nur sind nun alle nur erdenklichen ambulanten Behandlungsformen aufgezählt, von Institutsambulanzen über ermächtigte Chefarzte und was sonst noch so denkbar ist. Dieses Angebot kann der einweisende Arzt nicht mehr überblicken, er kann aber für nicht erforderliche Einweisungen in Regress genommen werden. Es kommt ja gar nicht so selten vor, dass ein Patient um eine Einweisung für eine stationäre Koloskopie wünscht oder, weil es bequemer ist, eine von einem Facharzt veranlasste KH-Einweisung von seinem Hausarzt wünscht. Das kann teuer werden.

Versorgungsstärkungsgesetz (VSG)

Im Sommer wurde das VSG verabschiedet, welches in unzählige Bereiche eingreift:

Künftig müssen KVen und Kassen die **allgemeinmedizinische Weiterbildung** fördern. Es sollen 7500 Stellen geschaffen werden.

Die bisherigen **Verträge zur integrierten** Versorgung (§ 140), die teils auch von den KVen mitfinanziert werden mussten und Verträge zur besonderen ambulanten Versorgung (§73c) werden neu geregelt, die Vorgaben zur **Hausarztzentrierten Versorgung** wurden gelockert.

Für besondere Aufregung in der KBV sorgten die Vorschriften zur **Ambulanten Spezialärztlichen Versorgung (ASV)**. Ein Teil der Fachärzte sieht hier neue Tätigkeitsfelder und Honorare, andere fürchten um ihren Bestand. Klar ist auf jeden Fall, dass die Politik das Ziel verfolgt, die ambulante Versorgung zunehmend auch außerhalb des niedergelassenen Bereichs zu organisieren.

Eine rein populistische Maßnahme ist die Schaffung von **Terminservicestellen**, die Facharzttermine vermitteln sollen. Wenn es überhaupt Probleme mit FA-Terminen gibt, dann ist dies einerseits Folge politisch gewünschter Budgetierung und damit Rationierung ärztlicher Leistungen und Folge davon, dass ungehindert und ungesteuert Fachärzte aufgesucht werden können. Hoffentlich gelingt es den KVen, diese Ressourcenverschwendung gering zu halten.

Die KBV muss satzungsmäßig regeln, dass bei hausärztlichen Fragen nur die Hausärzte, bei fachärztlichen nur die Fachärzte abstimmen, im übrigen muss **Parität** hergestellt werden. Das gilt nicht für die Vertreterversammlungen der Länder-KVen.

Der GBA sollte eine Liste mit Krankheiten erstellen, bei denen Patienten eine **Zweitmeinung** einholen dürfen. Das wurde allerdings in der Presse so dargestellt, als dass jetzt jeder das Recht auf eine Zweitmeinung hat. (Was ja de facto angesichts fehlender Steuerung auch so ist.)

Das **Nachbesetzungsverfahren bei Praxisabgabe** in überversorgten Gebieten wird schärfer geregelt. Die bisherige Kann-Vorschrift wird durch eine Soll-Vorschrift ersetzt (und soll heißt wohl, man muss, wenn man kann). Ursprünglich war geplant, Überversorgung ab 110% festzustellen, nach heftigen Protesten seitens der KBV wurde die Grenze nun auf 140% festgesetzt. Im Zulassungsausschuss muss jedoch beantragt werden, den Praxissitz nicht nachzubesetzen, und bei Stimmgleichheit wird der Antrag abgelehnt. Im Ausschuss sitzen drei Ärztevertreter und drei Kassenvertreter.

Und 2017 kann die **Wirtschaftlichkeitsprüfung** abgeschafft werden, so die Kassen dem zustimmen.

Skandale in der KBV

Davon gab es reichlich. KBV-Chef Gassen geriet unter Beschuss wegen seiner geäußerten Meinung zur ASV, der Ex-Vorsitzende Köhler hat zuviel Gehalt erhalten, es gibt Unregelmäßigkeiten bei Bau und Erwerb der KBV-Immobilien, das alles wirft kein gutes Licht auf die Selbstverwaltung.

Der Vorsitzende der KBV-VV, Weidhaas, den man für die Zahlungen an Köhler verantwortlich machen wollte, überlebte einen Abwahlenantrag knapp bei Stimmgleichheit.

Wir hoffen, dass nun nach der letzten Vertreterversammlung wieder etwas Ruhe in die Arbeit der KBV einkehrt.

Dr. Detlef Bothe
2. Vorsitzender