



**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](http://www.Hausarzt-BHI.de), E-mail: [Geschaeftsstelle@Hausarzt-BHI.de](mailto:Geschaeftsstelle@Hausarzt-BHI.de)

## BHI-Newsletter

Juni 2010

### Hausarztzentrierte Versorgung – Pro und Contra

Sieht man von den Sonderfällen Bayern und Baden-Württemberg ab, wo die AOKen eine Vorreiterrolle übernommen haben, stehen bundesweit die Hausärzte in diesem Jahr erstmals vor der schicksalhaften Frage: Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) - ja oder nein? Einige Verträge sind bereits geschlossen (AOK in Berlin, TK) oder stehen kurz vor dem Abschluss, der Großteil von circa 1200 Verträgen wird in diesem Jahr durch die Schiedspersonen entschieden, nachdem sich Kassen und Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) nicht einigen konnten.

Es geht hier um sog. **Selektivverträge mit bereinigender Wirkung** nach § 73b SGB V, die nach (vermutlich verfassungswidriger) Gesetzeslage fast ausschließlich mit dem Hausärzterverband, beziehungsweise seiner Tochtergesellschaft, der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG) abgeschlossen werden können.

Wir möchten Ihnen hier anhand einer pro- und contra-Darstellung Entscheidungshilfen bieten.

#### **Pro**

Vom Hausärzterverband werden vor allen Dingen folgende Vorteile propagiert:

1. Hausarztverträge bringen mehr Geld pro Fall.
2. Das Honorar wird kalkulierbarer, weil die Höhe der jeweiligen Pauschalen und Zuschläge von vornherein feststehen und nicht - wie in der Regelversorgung – Ergebnis eines komplizierten und undurchschaubaren Honorarverteilungsprozesses sind.
3. Es gibt keine Fallzahlzuwachsbeschränkung.
4. Es gibt keine Budgetierung

Postanschrift: Bundesverband Hausärztlicher Internisten e.V. – BHI -, Landhausstr. 10, 10717 Berlin

Kontonummer: 0004790464 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekasse Berlin, BLZ 100 906 03

1. Vorsitzender: Dr. Stefan Windau, Lützowstr. 13b, 04155 Leipzig, Telefon: 0341-5629943, Fax: 0341-5629945

2. Vorsitzender: Dr. med. Ulrich Piltz, Langenscheidtstr. 1, 10827 Berlin, Telefon: 030-7845055, Fax: 030-7874493

5. Die Abrechnung ist viel einfacher.

### **Contra**

Wir werden diese vier Argumente einer näheren Prüfung unterziehen:

- Zu 1. und 2: In den bisher bekannten Verträgen wird tatsächlich ein Fallwert in Aussicht gestellt, der z.T. deutlich höher ist als in der Regelversorgung und das nicht nur für ein Quartal, sondern für die nächsten Jahre. Nur: Mal abgesehen davon, dass von diesem Honorar auch mehr Leistungen und finanzieller Mehraufwand erbracht werden müssen, reicht es für die Honorarberechnung nicht, nur zu betrachten, was man gewinnt. Man muss sich auch anschauen, was man verliert. Das Honorar aus der Regelversorgung wird ja im Gegenzug gekürzt. Dieses „Bereinigung“ genannte, sehr komplizierte Verfahren lohnt eine nähere Betrachtung.

### **Einschub: Was ist und wie funktioniert die Bereinigung?**

Bereinigung bedeutet im ersten Schritt, dass das für eine Fachgruppe (hier: Hausärzte) zur Verfügung stehende Honorar um den Betrag gekürzt wird, der dem Umfang der Leistungen entspricht, die bei den HZV-Patienten im Vorjahr erbracht wurden. In einem zweiten Schritt wird dieser Honorarabzug auf die einzelnen Ärzte verteilt. Da dies nach einem sehr komplizierten Mechanismus erfolgt, hier eine vereinfachte Darstellung:

a) Die Kasse nennt der KV die teilnehmenden Patienten und gibt deren Leistungsbedarf an aus dem jeweiligen Vorjahresquartal für alle Leistungen, die vom Hausarztvertrag abgedeckt werden. Die Gesamtheit der Leistungen wird mit einem Korrekturfaktor versehen und mit dem aktuellen Orientierungspunktwert multipliziert. Um diesen Betrag wird dann der Honorartopf der Hausärzte bereinigt, das heißt gekürzt.

b) Dieser Betrag wird umverteilt zum einen auf die am Vertrag teilnehmenden Ärzte, denen für jeden teilnehmenden Patienten zunächst nur der Betrag eines RLV abgezogen wird, multipliziert mit 1,2 für Rentner und 0,85 für die übrigen Patienten.

c) Der Rest des Bereinigungsbetrages wird zunächst auf die gesamte Fachgruppe umgelegt. Allerdings darf sich das RLV der Nichtteilnehmer dabei nur um maximal 2,5% verringern - was schon schlimm genug ist! -, die übrigen Honoraranteile der Nichtteilnehmer dürfen dagegen nicht angetastet werden.

d) Der Anteil des Bereinigungsbetrages, der die Quote von 2,5% überschreitet, wird dann allein den teilnehmenden Ärzten – zusätzlich zum bereits abgezogenen RLV – anteilig abgezogen. Dabei dürfte in den meisten KVen ein höherer Betrag abgezogen werden als tatsächlich ausgezahlt wurde, da ja die das RLV und die Qualitätszuschläge überschreitenden Leistungen nur zu einem minimalen Restpunktwert vergütet wurden, aber nun zum vollen Orientierungspunktwert bereinigt werden.

Es wird hier klar, dass dies eine Rechnung mit vielen Unbekannten ist, deren Ergebnis für den einzelnen teilnehmenden Arzt erst im nachhinein bekannt sein wird.

Das Prozedere ist zu kompliziert, als dass man verlässliche Voraussagen zum Umfang der Bereinigung für den einzelnen Arzt machen könnte. Es lassen sich jedoch aus dem vorstehend Gesagten zumindest Tendenzen ablesen:

Wer bislang eher unterdurchschnittlich pro Fall abgerechnet hat - z.B., weil er weniger Chroniker hat oder weniger qualitätsgebundene oder sog. freie Leistungen - bekommt bei der Bereinigung tendenziell mehr abgezogen als er mit den bereinigten Patienten bisher verdient hat; bei überdurchschnittlicher Leistungsabrechnung verhält es sich umgekehrt. Grund: Es wird das durchschnittliche Honorar pro Patient abgezogen, nicht das arztindividuelle.

### Weiter mit Contra

- Zu 3.: Es gibt zwar keine Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung, aber eine strukturelle Tendenz zu weniger Patienten: In der Regelversorgung sucht (laut KBV) jeder Patient mit Hausarztkontakt im Durchschnitt 1,3 Hausärzte auf, in den Hausarztverträgen soll es nur einer sein!

- Zu 4.: Es gibt zwar keine Budgetierung, aber eine ausgeprägte Pauschalierung, die wie ein Budget wirkt, wenn man überdurchschnittlich viele Leistungen im Rahmen einer Pauschale erbringen muss, die in der Regelversorgung als Einzelleistungen vergütet werden, beispielsweise Hausbesuche.

- Zu 5.: „Vereinfachte Abrechnung“.

Die Abrechnung ist nur dadurch einfacher, dass es mehr Pauschalen gibt und damit weniger Abrechnungsziffern. Dies ist wohl eher als Nachteil anzusehen, besonders für Ärzte mit größerer Versorgungstiefe, bzw. -intensität, weil es erfahrungsgemäß finanziell und psychisch frustrierend ist, wenn man bei häufigeren und intensiveren Patientenkontakten nichts mehr abrechnen kann.

Von einer oft angeführten "Bierdeckelabrechnung" kann schon deshalb keine Rede sein, weil trotz einheitlicher Grundstrukturen für jede Kasse im einzelnen andere Abrechnungsmodalitäten gelten.

Zudem wird für teilnehmende Ärzte die Abrechnung auch schon dadurch komplizierter, dass die Abrechnung mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG), dem Vertragspartner der Hausarztverträge, **zusätzlich** zur KV-Abrechnung mit anderer Software und anderen Strukturen getätigt werden muss.

Weitere „Contra“-Punkte:

- Es sind mitunter eine Vielzahl von Extraleistungen und -ausstattungen zu erbringen, die Geld und / oder Kraft kosten, z.B. Abendsprechstunden, spezielle Software, kurze Wartezeiten usw.

- Gewährt die Kasse den am Hausarztvertrag teilnehmenden Patienten keinen materiellen Vorteil, sind Sie als Arzt in einer schwierigen Position, wenn Sie die Patienten von der Teilnahme überzeugen wollen. Sie müssten ihnen klar machen, dass die Teilnahme am Vertrag vor allem für den Arzt ein Vorteil ist. Auf der anderen Seite könnten Sie den Patienten kaum Vorteile versprechen, müssten aber über die Nachteile aufklären, z.B. dass sie nicht direkt einen Facharzt konsultieren

dürfen oder dass die Medikamentenauswahl eingeschränkt ist. Im Vertrag der AOK Berlin ist es sogar nicht erlaubt, zu einem anderen Hausarzt zu überweisen, selbst, wenn es um spezielle Schwerpunkte geht.

### **Die Abwägung**

Wir sehen also: Durch die HZV-Teilnahme wird das erwirtschaftete Gesamthonorar nicht in jedem Fall höher und vor allen Dingen nicht besser kalkulierbar als in der Regelversorgung, weil dem HZV-Honorar ein ungewisser Bereinigungsbetrag gegen gerechnet werden muss. Der Bereinigungsmechanismus macht eine Vorhersage, ob durch die Teilnahme am HZV-Vertrag überhaupt ein höheres Honorar erwirtschaftet werden kann als im KV-System, so gut wie unmöglich.

Es kommt hinzu, dass auch der Mythos der Kalkulierbarkeit des Vertragshonorars schon dahin ist: Im bayerischen AOK-Vertrag werden bereits die Chronikerpauschalen quotiert, weil sie zu häufig abgerechnet wurden. Vermutlich ist das erst der Anfang der Budgetierung. Damit wird es noch schwerer abschätzbar, ob der durch eine HZV-Teilnahme auf jeden Fall entstehende Mehraufwand lohnt.

Man sollte sich deshalb die Verträge genau anschauen und sich anhand seiner KV-Abrechnungen vor allem folgende Fragen beantworten: Wie hoch ist mein Durchschnittsfallwert bisher und wie ist er voraussichtlich im HZV-Vertrag? Kann ich den versprochenen Durchschnitts-Fallwert überhaupt realisieren? (Dabei am wichtigsten: Wie viele Chroniker- Zuschläge kann ich abrechnen?) Wie viele Leistungen sind in den Pauschalen enthalten, die ich vorher einzeln abrechnen konnte, zum Teil sogar extrabudgetär (z.B. Hausbesuche, Impfungen, Präventionsleistungen)? Gehöre ich möglicherweise zu denjenigen, denen im Bereinigungsverfahren mehr abgezogen wird als ich vorher mit diesen Patienten verdient habe?

Ein wichtiger Punkt für die Entscheidung wird auch sein, ob die jeweilige Kasse ihren Vertrag aktiv bewirbt und den Patienten finanzielle Vorteile anbietet: nur dann werden die Patienten aktiv nachfragen (s. alter Barmer-Vertrag); oder ob Sie die Patienten anbetteln oder überreden müssen - in meinen Augen ein erhebliches Hindernis.

### **Was noch zu bedenken ist**

Am Beispiel der Chroniker-Budgetierung in Bayern zeigt sich, dass es eine Illusion ist, zu glauben, dass man mit einem HZV-Vertrag auf Dauer aus den Widrigkeiten der vertragsärztlichen Tätigkeit mit Budgetierung und allen möglichen Reglementierungen ( z.B. sachlich-rechnerische Richtigstellung, Plausi-Prüfungen usw.) entfliehen kann. Überall, wo die Kosten begrenzt werden müssen – und das gilt natürlich auch für Hausarztverträge -, wird man ohne diese Instrumente à la longue nicht auskommen.

Schließlich sollte man sich auch klar machen, dass man sich mit der Teilnahme an HZV-Verträgen vom öffentlich-rechtlichen in den privatrechtlichen Sektor begibt. Das bedeutet vor allem: Anders als in der Regelversorgung gibt es keinen rechtlichen Anspruch auf Teilnahme und man kann von der Teilnahme auch ausgeschlossen werden. Dies ist gar nicht so unrealistisch. Denn die HZV-Verträge stehen unter keinem guten Stern: Anders als die AOK in Bayern und Baden-Württemberg werden fast alle anderen Krankenkassen nur durch den gesetzli-

chen Zwang des § 73b Verträge abschließen, deren Inhalt und Honorarumfang ihnen auch noch von der Schiedsperson vorgeschrieben werden. Die HZV-Ärzte können daher nicht unbedingt auf das Wohlwollen dieser Kassen setzen. Es ist keine unrealistische Annahme, dass sie versuchen werden, Ärzte vom Vertrag auszuschließen, um ihre Kosten zu senken. Solange es eine KV gibt, das heißt eine öffentlich-rechtliche Selbstverwaltung der Vertragsärzte, kann man ja in den Schoß der Regelversorgung zurückkehren. Zerbricht dieses System aber durch flächendeckende privatrechtliche Selektivverträge, und geht infolge dessen der Sicherstellungsauftrag an die Kassen über, wird man vielleicht ein Problem haben, sich weiter ärztlich zu betätigen.

### **Was will der BHI?**

Wenn sich ein Arzt aufgrund von ihm erwarteter deutlicher finanzieller Vorteile legitimerweise für einen bereinigenden HZV-Vertrag entschließt, ist das das eine; was berufspolitisch wünschenswert ist, das andere. Der Vorstand des BHI hält bereinigende Selektivverträge, wie sie von der HÄVG angeboten werden, für kein nachhaltiges und zukunftsweisendes Modell einer hochwertigen und effizienten hausärztlichen Versorgung. Der hohe Pauschalierungsgrad setzt keine Anreize für eine verbesserte Versorgungstiefe und -intensität. Noch stärker als in der Regelversorgung gilt: Wer viele Patienten sammelt und wenig mit ihnen macht, profitiert am meisten. Wenn nach drei Jahren die Verträge evaluiert werden, ist das Ergebnis absehbar: Keine relevanten Verbesserungen der Versorgung, keine relevanten Ersparnisse. Dies könnte dazu führen, dass Gesundheitspolitiker und Kassen den Sinn hausärztlicher Primärversorgung im Grundsatz in Frage stellen. Es sollte zu denken geben, dass ausgerechnet die Barmer, die bereits Erfahrungen mit einem Hausärzteverband-Hausarztvertrag sammeln konnte, sich mit am stärksten gegen einen neuen Vertrag mit dem gleichen Partner wehrt. Wir meinen aber, dass eine vernünftig gestaltete Hausarztzentrierte Versorgung sehr wohl die ambulante medizinische Versorgung verbessern und effizienter gestalten kann.

Aufgrund der oben ausgeführten Abwägungen und nicht zuletzt: weil es schlichtweg am unkompliziertesten ist, favorisieren wir eine andere Struktur der hausarztzentrierten Verträge: add-on-Verträge, die als Zusatzhonorar im Rahmen des KV-Systems vergütet werden. Niedersachsen geht hier mit einem guten Beispiel voran: Dort ist bereits unter Einbeziehung der KV ein solcher Vertrag mit der AOK geschlossen worden. Wir unterstützen entsprechende Initiativen auch mit anderen Kassen und in anderen KVen.

U.Piltz

# Ärztetag beerdigt Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin

Der 113. Deutsche Ärztetag (11. –14. Mai) hat den erst 2003 geschaffenen „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ liquidiert und den „Facharzt für Allgemeinmedizin“ wieder eingeführt. Er zog damit den Schlusstrich unter die fortdauernden Probleme, die sich bei der Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung von 2003 in den einzelnen Ärztekammern und bei der Abstimmung mit Europarecht ergeben haben. So haben einzelne Ärztekammern den neuen Facharzt gar nicht eingeführt, andere den Internisten ohne Schwerpunkt, der ja in dem neuen Fach aufgehen sollte, beibehalten. Da die EU einheitliche Weiterbildungsbedingungen in den einzelnen Bundesländern, aber auch Kompatibilität mit den Weiterbildungen in den anderen EU-Staaten forderte, wurde schon 2007 der Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt wieder in der Musterweiterbildungsordnung aufgenommen. Damit war aber auch schon das Ende des "Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin" abzusehen.

Die Weiterbildungsinhalte wurden nicht verändert, die Weiterbildungszeiten nur in einem, allerdings wichtigen Punkt: Die stationäre Mindestweiterbildungszeit in Innerer Medizin wurde von 24 auf 18 Monate reduziert.

## Kommentar

Unser Verband hat sich seinerzeit stark für den "Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin" engagiert. Wir sahen in ihm die Chance, die Diskriminierung der Internisten im Hausarztsektor zu beenden, die Innere Medizin dort fest zu verankern und damit dem voranschreitenden Abbau von Leistungen (K.O.-Kataloge!) entgegenzuwirken. Wir waren auch in die inhaltliche Ausgestaltung des neuen Fachs einbezogen und konnten erreichen, dass die internistischen Leistungen, die damals im EBM zur Disposition standen (Sonographie!), Bestandteil der Weiterbildung und somit für alle Hausärzte gesichert wurden.

Letztlich hatte der "Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin" vor allem deshalb keine Zukunft, weil er zwischen den Partikularinteressen des BDI einerseits und des Hausärzterverbandes andererseits zerrieben wurde.

Die alten Probleme der hausärztlichen Qualifikation verschärfen sich nun wieder: 18 Monate Weiterbildungszeit in der Inneren Medizin sind einfach zu wenig, um den heutigen fachlichen Anforderungen der hausärztlichen Tätigkeit gerecht zu werden. Es ist zudem fraglich, wie allein die technischen Weiterbildungsinhalte (u.a. Ergometrie, Langzeit-EKG, Sonographie, Doppler, Proktoskopie) in dieser Zeit absolviert werden sollen. Es ist nicht auszuschließen, dass aufgrund der Diskrepanz von internistischer Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalten diese in Zukunft reduziert werden mit der absehbaren Folge einer Streichung aus dem Leistungskatalog der Hausärzte.

Und wie soll es mit dem hausärztlichen Nachwuchs weitergehen? Bereits jetzt und in absehbarer Zukunft reicht die Zahl weitergebildeter Allgemeinmediziner nicht aus, um den Bedarf zu decken. Internisten müssen und können deshalb weiterhin den Fehlbedarf decken. Sie bleiben allerdings nach der gegenwärtigen Rechtslage diskriminiert: § 103 Abs. 4, Satz 6 SGB V: "Ab dem 1. Januar 2006 sind für

ausgeschriebene Hausarztsitze vorrangig Allgemeinärzte zu berücksichtigen.". Das heißt, Internisten kommen nur dann zum Zuge, wenn kein Allgemeinarzt zur Verfügung steht. Daraus folgt auch, wie die Praxis der K.O.-Kataloge gezeigt hat, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung kein Anspruch auf Abrechnung von Leistungen besteht, die sich aus der internistischen Weiterbildung ergeben.

Unser Ziel ist es deshalb, beim Gesetzgeber dafür einzutreten, dass der diskriminierende Passus aus dem § 103 SGB V gestrichen wird, damit für eine Gleichberechtigung von Allgemeinärzten und Internisten bei der Niederlassung im Hausarztsektor zu sorgen und auch auf diese Weise das gegenwärtige Leistungsspektrum der Hausärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung zumindest zu sichern.

U.Piltz