

Mandantenbrief

Einnahmepotential

Direktvertrag?

Auf den Inhalt kommt es an

Situation

Das Thema ist nicht neu. Spricht man über mögliche alternative Einnahmepotentiale in der Praxis, so kommt die Sprache schnell auf die Integrierte Versorgung oder allgemein Direktverträge mit Kassen.

Die öffentliche Bewerbung dieses Themas seitens der Bundesregierung, der Verbände (z.B. Bundesverband Managed Care) oder natürlich auch der Kassen, lässt die Fantasien vieler Funktionäre in den Himmel wachsen. Allein die Praxisinhaber bleiben bislang noch oft genug alleine bei der Umsetzung und im „Verkauf“ an den Patienten. Aber was steht nun wirklich hinter dem „Direktvertrag“.

Welche Direktverträge gibt es

Zu unterscheiden sind generell folgende Ausprägungen. :

1. Integrierte Versorgung (§140 a-d, SGB V)
 - a. Indikationsbezogen
 - b. Populationsbezogen
2. Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73 b, SGB V)
3. Besondere ambulante (fachärztliche) Versorgung (§ 73c, SGB V)

Im Rahmen der Integrierten Versorgung wurden bis zum Anfang April 2007 insgesamt 3.498 Verträge zwischen den Krankenkassen und gesetzlichen Leistungserbringern geschlossen. Diese gliedern sich bisher wie folgt:

Niedergelassene Ärzte	20,4%
Krankenhäuser	20,1%
Arzt+Klinik	18,4%
Reha+Klinik	15,2%
Reha+Arzt	4,6%
Reha+Arzt+Klinik	3,5%
Sonstige	17,8%

Die Verteilung zeigt, dass der Ansatz Bundesregierung, also die „echte“ Integrierte Versorgung noch in den Kinderschuhen steckt, während die Integrierte Versorgung „light“ die Hauptform der derzeitigen Verträge darstellt. Aber wie sehen sie nun aus, die Verträge und gibt es bereits konkrete Zahlenbeispiele?

Beispiel 1: „IV-Light“

In Essen besteht ein IV-Vertrag „Herzinfarkt“, an dem die regionalen niedergelassenen Hausärzte, Kardiologen, örtliche Krankenhäuser und Rehaeinrichtungen teilnehmen können.

Die Aufgaben der beteiligten niedergelassenen Ärzte gliedern sich dabei wie folgt:

Für die Hausärzte

⇒ poststationäre Nachuntersuchung und Weiterbehandlung

- ⇒ koordinierendes Gespräch
- ⇒ Vereinbarung weiterer Nachuntersuchungen beim Kardiologen
- ⇒ Information des Kardiologen
- ⇒ Dokumentation
- ⇒ Arzneimittelempfehlungen sind zu beachten

Honorar:

42 Euro/Patient für Erstbehandlung, 20 Euro/Patient für Dokumentation

Für Fachärzte (Kardiologen)

- ⇒ Erste poststationäre Nachuntersuchung innerhalb von zwei Werktagen nach Entlassung
- ⇒ koordinierendes Gespräch
- ⇒ Vereinbarung weiterer drei Nachuntersuchungen in 12 Monaten
- ⇒ Information des Hausarztes
- ⇒ Arzneimittelempfehlungen sind zu beachten

Honorar:

42 Euro/Patient für Erstbehandlung, 89 Euro/Patient für die 2.-4. Behandlung

Nach Angaben der KV sind in diesen Vertrag nur knapp über 100 Patienten eingeschrieben, was zumindest den Aufwand auf Seiten der Hausärzte kaum rechtfertigt, da sie in der Behandlungskette (im Notfall) erst an dritter Stelle stehen. Die Kardiologen können durch die Nähe zum Krankenhaus und eine entsprechende angeschlossene poststationäre Versorgung mit höherer Vergütung entsprechend durch die Frequenz profitieren.

Beispiel 2: Hausärztervertrag der Barmer EK

In dem wohl bekanntesten aber nicht minder umstrittenen Direktvertrag (vgl. Urteil Landessozialgericht Thüringen 02/2007 – danach kein IV-Vertrag sondern Hausarztzentrierte Versorgung) sind Vertragspartner die Barmer Ersatzkasse, HÄVG (Hausärztliche Vertragsgemeinschaft) und der MGDA (Marketinggesellschaft Deutscher Apotheken) im Rahmen der DMP. Rund 1,4 Millionen Versicherte – das ist fast jeder Fünfte – haben sich in den Hausarzt- und Hausapothekervertrag eingeschrieben. Bundesweit wirken 37 000 Hausärzte und 18 000 Apotheken mit. Das Gesamtvolumen beläuft sich auf ca. 56 Millionen Euro. Zu den allgemeinen Aufgaben der hausärztlichen Vertragspartner gehören:

- ⇒ Betreuung und Steuerung der Patienten
- ⇒ DMP-Einschreibungen fördern
- ⇒ Austausch mit dem Hausapotheker
- ⇒ Präventionsangebote und –maßnahmen, ggf. Check-up

Der Aufwand beim Hausarzt ist dabei recht hoch. Er muss zunächst den Patienten über die Vorteile des DMP Programms aufklären und das „Produkt“ verkaufen. Damit verbunden ist der Einsatz zusätzlicher Abrechnungsformulare und der Austausch mit dem Apotheker. Als Honorar für diese Leistung erhält er pro Patient folgendes:

- ⇒ Einschreibepauschale: 15,30€
- ⇒ Integrationspauschale: 20,40€ p.a.
- ⇒ Medikationskontopauschale: 16,32€ p.a.
- ⇒ DMP-Pauschale: 20,40€ p.a.
- ⇒ zusätzlich ggf. Einspar-Bonus

Ein Risiko für die Teilnehmer besteht vorerst nicht, es sei denn es kommt zu Vertragsverstößen z.B. bei der DMP Verweigerung. In wie weit die Barmer EK Ressourcen adäquat einsetzt ist äußerst fraglich. Kritiker sehen hinter dem Vertrag eine Marketingaktion der Barmer EK, um die Politik zu hofieren und die DMPs zu fördern. Dennoch können Teilnehmende Ärzte Zusatzeinkommen zwischen 3.000 – 5.000 Euro oder mehr erzielen.

Beispiel 3: Besondere ambulante Versorgung

Die Techniker Krankenkasse bietet mit dem Programm TK-Orthopädie Innovativ seit Oktober 2004 in Nordrhein-Westfalen einen IV-Vertrag für ambulante, konservative ärztliche Leistungen an. Vertragspartner sind die Techniker Krankenkasse, Orthopäden, Radiologen und Therapiezentren. Zu den Aufgaben der Orthopäden gehören unter anderem:

- ⇒ Termin innerhalb von 5 Arbeitstagen
- ⇒ Wartezeit am Termin nicht länger als 30 Minuten
- ⇒ Planung und Koordination der weiteren Behandlungen
- ⇒ Behandlungsplan in verständlicher Sprache ausfüllen und besprechen

Der Aufwand bleibt dabei gering. Je nach Praxisorganisation ist zusätzlich nur der Behandlungsplan auszufüllen. Negative Begleitfekte (je nach Praxisorganisation) waren z. T. verärgerte GKV-Patienten über die Bevorzugung der IV-Patienten und verärgerte Privatpatienten über mangelnde Abgrenzung zu den gesetzlich Versicherten.

Als Honorar für die im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen erhalten die Teilnehmer zusätzlich 1 Cent pro EBM-Punkt und 4,5 Euro pro Behandlungsplan. Bei guter Praxisorganisation sind so durchschnittliche Zusatzeinkommen von bis zu 40.000 Euro p.a. realisiert worden.

Fazit

Für niedergelassene Ärzte ist es notwendig, selbst Behandlungsketten mit medizinischen Schwerpunkten unter Kollegen aufzubauen, da viele der bestehenden Direktverträge nach der geförderten Anlaufphase in Zukunft auf Nachhaltigkeit überprüft, bzw. nicht fortgeführt werden. Schafft man es also, den/die Behandlungsprozess(e) transparent darzustellen (Schwerpunkte, Diagnostik und Therapie, Qualität, Schnittstellen, Kosten, Dokumentation), so ist man bestens für Vertragsverhandlungen mit Kassen und den Einstieg in den Direktvertrag gerüstet – und kann sich von den KV-Vergütungen nachhaltig unabhängiger machen.