

# Mandantenbrief

## Der 73b-Vertrag / Hausarztvertrag

Wenig Bürokratie sowie Transparenz und Kalkulierbarkeit der Honorierung sind Messpunkte, die in den Verhandlungen des Hausärzterverbandes mit den Krankenkassen eine wichtige Rolle spielen.

Seit 2008 gibt es in Baden-Württemberg einen viel beachteten hausärztlich zentrierten Versorgungsvertrag zwischen dem Hausärzterverband, MEDI und der AOK, der einen Eindruck vermittelt, in welche Richtung die honorarpolitische Reise der Hausärzte in den kommenden Jahren außerhalb des gesamtvertraglichen Kollektivsystems gehen könnte. Zum 1. April 2009 trat nun auch in Bayern ein Hausarztvertrag in Kraft, den der Bayerische Hausärzterverband mit der AOK vereinbart hatte. Beide Verträge sind in ihrer Vergütungssystematik stark durch Pauschalen geprägt. Die Abrechnung dürfte für den eingeschriebenen Hausarzt im Vergleich zum KV-System erheblich einfacher sein.

Die Abrechnung sei so simpel, dass sie sogar auf einen Bierdeckel passen würde, hieß es denn auch plakativ in Stuttgart. Einen solchen Vergleich meidet man in München. Stattdessen verweist man darauf, dass es bereits seit 2005 einen „Vertrag zur besonderen hausärztlichen Versorgung“ gab. Die neue Vereinbarung mit unbestimmter Laufzeit stelle deshalb eher eine Weiterentwicklung des früheren Vertrages dar. Alle regionalen und die bundeseinheitlichen Hausarztverträge sollen künftig eine einheitliche Honorarsystematik bekommen, bekräftigt Ulrich Weigeldt, Vorsitzender des Deutschen Hausärzterverbandes. Dazu gehören eine kontaktunabhängige Vorhaltepauschale (P1), eine Behandlungspauschale (P2) sowie eine Pauschale für die Behandlung chronisch Kranker und Multimorbider (P3).

Die Höhe der Honorare und deren Auslegungen sowie die Balance zwischen diesen Elementen seien regional aushandelbar, erklärte Weigeldt. Gleiches gelte auch für Einzelleistungsvergütungen. Der Anteil bundeseinheitlicher Vertragsbestandteile und länderspezifischer Regelungen soll im Verhältnis etwa 80 zu 20 betragen.

Unterschiede zwischen den 73b-Verträgen in den beiden Südländern bestehen nicht nur in Nuancen. Während sich die Honorarsystematik in Baden-Württemberg gewissermaßen auf einen Blick erfassen lässt, beansprucht allein die Honoraranlage des Bayerischen Vertrages trotz aller Pauschalierung mehr als 20 DIN A 4 Seiten. Dabei nehmen Zuschläge und Einzelleistungen viel Raum ein. Der Baden-Württembergische Vertrag ist da wesentlich übersichtlicher. Konsequenter ist in Baden-Württemberg auch die EDV-technische Umsetzung des HZV-Vertrages. Seit Jahresanfang ist für die teilnehmenden Hausärzte die Installation eines Konnektors zur Datenübermittlung Pflicht, in Bayern ist dies – vorerst – nicht vorgesehen. Allerdings soll der Vertrag in Bayern bis Ende des Jahres mit einer vergleichbaren EDV-Struktur wie in Baden-Württemberg hinterlegt werden.

Dass die Entwicklung mit unterschiedlichem Tempo in die gleiche Richtung geht, zeigen auch die Anforderungen an die technische Ausstattung von Praxen, die an dem Bayerischen Vertrag teilnehmen wollen. Ebenso wie in Baden-Württemberg wird auch in Bayern von den Praxen ein modernes Praxisverwaltungssystem mit ISDN- oder mit DSL-Anschluss erwartet. Abrechnungen auf einem Papierbeleg werden jedenfalls auf keinen Fall möglich sein, betont der Bayerische Hausärzterverband.

Mit seiner Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der Hausarzt in Bayern bei der HZV-Abrechnung gegenüber der HÄVG

eine Vertragssoftware zu nutzen, die ihn bei der Erfüllung seiner Verpflichtung unterstützt, sofern die Vertragssoftware diese Funktionalität beinhaltet. Und Weiter: "Er ist zur Beachtung und Nutzung der Informationen hinsichtlich der Leistungserbringung und Steuerung für Arzneimittelverordnungen verpflichtet." Gemeint ist damit ein Arzneimitteltool für die Praxissoftware, das in Baden-Württemberg bereits läuft und von dem sich die AOK Einsparungen bei Arzneiausgaben erhofft. Zumindest in diesem Punkt sind die Unterschiede zwischen München und Stuttgart doch nicht mehr so groß.

## Bei welchem AOK-Vertrag gibt es mehr Honorar?

**Bayern:** Die durchschnittliche Vergütung des Arztes pro eingeschriebenem Versicherten/Patient und Quartal für Leistungen aus dem HZV-Vertrag soll 80,09 Euro nicht überschreiten. Bei Überschreitung um mehr als fünf Prozent soll die Besondere Betreuungspauschale soweit angepasst werden, dass ein Grenzwert von 84,09 Euro erreicht wird.

**Baden-Württemberg:** Nach einer Modellrechnung der Vertragsparteien liegt der Fallwert unter Berücksichtigung von ergebnisabhängigen Vergütungsbestandteilen bei 200 eingeschriebenen Patienten bei 80,42 Euro im Quartal. Eine obligatorische Begrenzung der Leistungen und der Fallzahlen oder eine Abstufung der Vergütung gibt es nicht.

## Pauschalen und Zuschläge in vielen Varianten

Pauschalisiertes Vergütungssystem bei AOK-Verträgen im Vergleich

Baden-Württemberg	Bayern
Pauschale 1 (P1) Kontaktunabhängig pro Jahr 65 €	Kontaktunabhängige Strukturpauschale (SP) 8,75 €/Qua. erhöht sich je nach Praxisstruktur und Qualitätszuschlägen auf bis zu 21.25 €/Qua.
Pauschale 2 (P2) Kontaktabhängig pro Quartal 40 €	Kontaktabhängige Grundpauschale (GP) 47,50 €/Qua. Erhöhung auf 50 € durch Haussuchs-zuschlag möglich
Pauschale 3 (P3) Chronikerzuschlag auf P2 25 €	Kontaktabhängige Besondere Betreuungspauschale (BBP) 26 €/Quartal
Vorhaltezuschläge (z.B. Sonographie 8 €) Einzelleistungen (z.B. Krebsfrüherkennungsuntersuchung), ergebnisabhängige Zusatzvergütungen (z.B. bei Erreichen bestimmter Impfquoten)	Kontaktabhängige Vertreterpauschale (VP) 25 €/Quartal Zielauftragspauschale (ZP) 12.50 €/Leistung Zahlreiche Zuschläge z.B. Hausbesuchzuschlag 2,50 €/Qua. verschiedene Einzelleistungen z.B.: Gesundheitsuntersuchung ohne Hautkrebsscreening 45 €/Leistung Besuch 50 €/Leistung

## **So werden die Hausarzt-RLV bei HzV-Verträgen gekürzt**

Der erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) hat Regelungen zur Bereinigung – sprich Kürzung – der KV-Gesamtvergütung und der RLV bei Hausarzt- und sonstigen Selektivverträgen beschlossen. Die genaue Art dieser Bereinigung sorgte in den letzten Monaten für eine Menge Ärger zwischen KVen und Kassen, aber auch zwischen KVen und dem Hausärzterverband.

Wechselt ein Versicherter aus der GKV-Regelversorgung in die hausarztzentrierte Versorgung (HzV), dann wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) nicht um einen pauschalen Betrag gekürzt, sondern um die Kosten jener Leistungen, die eben diese Person im Jahr 2008 in Anspruch genommen hat. Beispielsweise um ganz genau zu sein: um die Kosten jener der beanspruchten ärztlichen Leistungen, die auch in der HzV angeboten werden. Die kann man dem so genannten EBM-Ziffernkranz entnehmen, der Anlage der HzV-Verträge ist und festlegt, welche Untersuchung, Behandlungen, Besuche etc. nun über die HzV-Partner und nicht mehr über die KV abgerechnet werden. Es wandern nämlich nicht alle Leistungen in die HzV. Z.B. läuft der organisierte Notdienst auch bei im Selektivvertrag eingeschriebenen Versicherten weiter über die KV.

## **Inanspruchnahme zählt**

Wenn sich z.B. ein Gesunder für die HzV entscheidet, der 2008 gar nicht beim Arzt war, dann wird die Gesamtvergütung eben auch nicht gekürzt. Derzeit schreiben sich aber eher Chroniker in die Hausarztverträge ein, weil diese in den Praxen darauf angesprochen werden können und sie sich eher als Gesunde Vorteile von einer besseren Koordination versprechen. Somit fließen derzeit eher größere Summen pro Systemwechsler in

die HzV. Die genauen Beträge werden berechnet, indem man die EBM-Punkte der 2008 erbrachten Leistungen mit dem jeweils heute aktuellen Orientierungspunktwert multipliziert. Aufwertungen werden berücksichtigt. Bei Versicherten, bei denen zuverlässige Daten aus 2008 nicht vorliegen, wird um einen Durchschnittswert bereinigt.

Streitpunkt in der jüngeren Vergangenheit war weniger dieses Grundprinzip der MGV-Bereinigung, sondern vielmehr, wie man die Kürzungsbeträge denn auf das RLV der einzelnen Praxis umlegt. Wird die Kürzung „individualisiert“ durchgeführt, werden also die RLV nur der HzV-Ärzte und nicht die aller Hausarztpraxen gekappt? Das war der Wunsch der KBV. Oder werden die Kürzungen eher „sozialisiert“, als auf alle Hausärzte umgelegt? Damit liebäugelten offenbar die Krankenkassen. Nun gibt es einen Kompromiss.

Bei Versicherten, bei denen ganz oder zum Teil nicht klar ist, welche Leistungen sie 2008 bei welchem Arzt in Anspruch genommen haben – das kann z.B. bei Kassenwechslern, Patienten, die Arzt und Versorgungsform neu wählen, bei Vertretungsfällen und in Folge von Datenpannen vorkommen – wird die Bereinigungssumme auf alle Hausärzte umgelegt. Gekürzt wird ihr RLV-Fallwert, aber im Rahmen von bestimmten Grenzen.

## **Abzug für Nicht-HzVler**

Als Folge der Bereinigung darf der RLV-Fallwert um maximal 2,5 % steigen oder sinken (die Fallwerte können auch steigen, wenn überwiegend gesunde Versicherte sich in die HzV einschreiben, was aber wie oben erwähnt derzeit nicht der Fall ist). Wenn eine Absenkung der RLV-Fallwerte um 2,5 % nicht ausreicht, um die Bereinigungssumme für die genannten unklaren Fälle abzudecken, dann werden zum Ausgleich der verbleibenden Summe nur die RLV-Fallwerte der

am Selektivvertrag teilnehmenden Hausärzte gekürzt.

Der wie soeben beschrieben zu verteilende Bereinigungsbetrag betrifft also Leistungen, die nicht eindeutig Ärzten zuzuordnen sind, die an einem Selektivvertrag teilnehmen. Denn grundsätzlich gilt: Ärzte, die ihre Patienten im Selektivvertrag versorgen, erhalten für diese kein Honorar mehr über das RLV. Die Vergütung erfolgt über den Selektivvertrag.

Das RLV wird deshalb um die Leistungen reduziert, die diese Patienten vor der Einschreibung in einen Selektivvertrag in der Praxis in Anspruch genommen haben, heißt es in einer KBV-Mitteilung. Es wird dem HzV-Arzt also nicht eine pauschale Summe pro Fall entzogen, sondern der Betrag für jene Leistungen, die der eingeschriebene Patient konkret in Anspruch nahm. Das passt zu dem Prinzip der übergeordneten Kürzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Bereinigung gilt für alle HzV-Verträge, für Facharzt-Selektivverträge und für die integrierte Versorgung.

## Die Ziele des Hausarztvertrages–höhere Qualität, existenzsicherndes Honorar

Vertragsphilosophie und Versorgungsverantwortung im AOK-Hausarztvertrag

### Makroebene Sicherstellung

Parameter

Folge

Höhere Vergütung für die Hausärzte

- Existenzsicherung für Hausärzte, Nachwuchsförderung

### Mikroebene Qualitätssicherung im Arzt-Praxis-Team

Parameter

Umsetzungsbeispiele

Zentrale Stellung des Hausarztes

- Vermeidung von Fehlmedikation und Doppeluntersuchungen

Mehr Pauschalierung und weniger Einzelleistungen

- Mehr Zeit für Patienten, Erleichterung der Abrechnung

Qualitätszuschläge

- Ausgewählte Einzelleistungen wie Sonographie

Hausarzt spezifisches Qualitätsmanagement

- Checkliste für Arbeitsabläufe (z.B. Impfungen)

Apparative Mindestausstattung in der Praxis

- z.B. Blutzuckermessgerät, EKG

Hausarzt spezifische Versorgungsassistentin (VERAH)

- Unterstützung bei der Behandlung chronisch kranker Patienten

Strukturierte hausärztliche Fortbildung (Leitlinien)

- Hausarzttypische Versorgungsfelder wie Palliativmedizin, Geriatrie, Pädiatrie