



**B H I**

# Bundesverband Hausärztlicher Internisten e.V. (BHI)

**Verband Berliner Hausarztinternisten - VBHI**

c/o Dr. Detlef Bothe • Oldenburger Str. 47 • 10551 Berlin ☎ 396 14 50 Fax 396 84 81 • email: vbhi@dr-bothe.de

## Infomail 3/2010 des VBHI

### Hausärzteverband schließt Hausarzt-Vertrag mit AOK/IKK Berlin ab

Begleitet von heftigen verbandsinternen Auseinandersetzungen haben AOK und IKK zusammen mit dem BDA den neuen Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) vorgestellt.

In den Pressemitteilungen wurde ein durchschnittlicher Fallwert von € 60,00 angekündigt. Verglichen mit den RLV-Fallwerten erscheint dies viel, die KV-interne Statistik weist allerdings schon jetzt einen durchschnittlichen Fallwert von € 51-52 für Allgemeinärzte und € 60 für Hausarztinternisten aus. Bedenkt man, dass für die bestehenden, von der KV abgeschlossenen Add-On Verträge zur HzV (BKK Landesverband Ost, Knappschaft, AEV) ein zusätzliches Honorar von € 9 on top gezahlt worden ist, dann scheint dieser Vollvertrag (mit Bereinigung der Gesamtvergütung) auch nicht viel mehr Honorar zu versprechen. Ganz selbstverständlich nehmen BDA und HÄVG offensichtlich auch hin, dass die Vergütung in Berlin weiterhin deutlich unterhalb der in Bayern oder Baden-Württemberg gezahlten Honorare liegt.

Leider weichen die abgeschlossenen Vertragsinhalte auch deutlich von dem ab, was die vom BDA-Vorstand ins Leben gerufene Eckpunktekommission letztes Jahr beschlossen hatte. Diese hatte sich für eine starke Orientierung an dem Bayern-Vertrag ausgesprochen, der neben den Grundpauschalen noch zahlreiche Einzelleistungen vorsah. Herausgekommen ist jetzt ein Vertrag, der eine weitgehende Pauschalierung vorsieht. Dieses Verhandlungsergebnis ist sicher auch darauf zurückzuführen, dass die vermutlich treibende Kraft bei den Verhandlungen die HÄVG war, der sich der Berliner Landesverband des BDA dann wohl doch angeschlossen hat. Jedenfalls hat man sich wohl nicht getraut, eigene Positionen zu beziehen. So stellt sich die Einberufung der Eckpunktekommission nachträglich als Ablenkungsmanöver heraus, geschuldet den Schwierigkeiten des BDA, die notwendigen Stimmen für die Mandatierung zu erhalten und der Opposition der Gruppe 73.

Trotz alledem scheint der BDA-Vorsitzende Hoffert nicht die Unterstützung der BDA-Aktiven zu besitzen. Nach Satzung des BDA müssen Verträge durch die Delegiertenversammlung verabschiedet werden, eine nach Unterzeichnung des Vertrages stattgefundene Delegiertenversammlung war wohl nicht nur nicht beschlussfähig, sondern hat den Vertrag bei 8 Zustimmungen, 8 Gegenstimmen und 8 Enthaltungen durchfallen lassen. Hoffert soll daraufhin erklärt haben, dass er einzig den mandatierenden Ärzten gegenüber verantwortlich wäre.

### Inhalte des Vertrages

#### **Eingangsvoraussetzungen**

- 4 Sitzungen eines Qualitätszirkels zur Arzneimitteltherapie pro Jahr
- Beachtung von Leitlinien, die auf der Internetseite des Verbandes veröffentlicht werden
- pro Jahr 2 Fortbildungen zu hausärztlichen Themen im Rahmen der strukturierten hausärztlichen Versorgung
- Quote von 58% Teilnahme der eingeschriebenen DMP-fähigen Versicherten an DMP's
- apparative Mindestausstattung (EKG, Spirometrie)
- Nutzung der Vertragssoftware
- Online- und Internet-fähige Computertechnik
- Teilnahme an den DMP

- Beachtung und Nutzung der Informationen insbesondere im Bereich der Arzneimitteltherapie, die über eine Vertragssoftware bereit gestellt werden
- Zweimal jährlich Teilnahme an Gesprächen mit Kassenvertretern zur Umsetzung des Vertrages einschließlich des Verordnungsverhaltens
- Einmal pro Woche eine Früh- oder Abendsprechstunde (ab 07:00 bzw. bis 20:00)

## Honorare

**P1-Pauschale:** kontaktunabhängige Pauschale für jeden eingeschriebenen Versicherten pro Jahr: 60 EUR

darauf Zuschlag für Psychosomatik: 3 EUR (pro Jahr!, unabhängig von der Durchführungsfrequenz)

weiterer Zuschlag von 3 EUR/Jahr (!) bei Erfüllung folgender Voraussetzungen:

Vorhaltung von Ergometrie, LZ-RR und 1 weitere von folgenden Leistungen:

Chirotherapie, LZ-EKG, Sono Abdomen, Sono SD, Elektrotherapie

höherer Zuschlag von 8 EUR bei Erfüllung folgender Voraussetzungen:

Ergometrie, LZ-RR, Sono Abd., Elektrotherapie, sowie 2 weitere von folgenden

Qualifikationen: Chirotherapie, kleine Chirurgie, LZ-EKG, Sono SD

**P2-Pauschale:** 35 EUR für mind. 1 Patientenkontakt pro Quartal, allerdings ist das erste Kontakt-Quartal durch P1 bereits abgegolten

Zuschlag für „rationale Pharmakotherapie“ 4 EUR (Bedingungen werden noch ausgehandelt)

**P3a-Pauschale:** für „normale“ Chroniker“ 25 EUR

Es gelten die bisherigen GBA-Diagnosen

für diese Patienten Zuschlag für Hausbesuche ab dem 17. Hausbesuch pro Quartal: 3 EUR

**P3b-Pauschale:** für Chroniker mit intensivem Betreuungsaufwand: 40 EUR

Dafür gibt es eine lange Diagnosenliste, die u.a. chron. Niereninsuffizienz ab Stadium 1 enthält

Zuschlag für Hausbesuche bei diesen Patienten ab dem 4. Hausbesuch pro Quartal 5 EUR

### **Einzelleistungen:**

01100 € 25

01101 € 40

Krebsvor. Männer € 16

Hautkrebsscreening € 25

Alle DMP wie bisher

### Keine weiteren Einzelleistungen!

Labor (OI/OII) selbst bezahlen !

- bestimmte Fortbildungen I werden von der Krankenkasse mit 100 EUR bezuschusst, bis 3x/Jahr
- Fortbildungen II (patientenzentrierte Gesprächsführung) werden von der Krankenkasse mit 100 EUR bezuschusst, einmalig
- DMP-Quote von mind. 80% bringt 500 EUR einmalig (erst ab über 500 Pat.)
- Zuschlag „für Praxiszufriedenheit“: 200 EUR pro Arzt und Quartal, bedeutet, dass 95 % der Patienten im Quartal keinen anderen Hausarzt aufsuchen
- „Erreichbarkeitszuschlag“: 100 EUR pro Quartal (wenn kein Patient im Quartal den ÄBD in Anspruch nimmt)
- Vertretungsfall/Notfall: 12.50 EUR pro Fall, max. 1000 EUR/Jahr

## Zur Vertragssoftware

Offensichtlich hat die HÄVG den Weg verlassen, mit „Hausarzt Plus“ eine eigene Praxissoftware auf dem Markt etablieren zu wollen. Jetzt geht man den Weg, ein eigenes Modul zu entwickeln („gekapselter Kern“), der von den Systemhäusern gegen Lizenzgebühren in die verschiedenen Praxisverwaltungssysteme integriert werden kann, so dass die vorhandene Praxissoftware weiter genutzt werden kann. Diese Implementierung werden sich die Software-Häuser natürlich vom Kunden bezahlen lassen.

Mit der Vertragssoftware werden zwei Zecke verfolgt: Einerseits natürlich die Abrechnung aus dem Vertrag mit der HÄVG. Andererseits soll der „gekapselte Kern“ folgende Pflichtfunktionen erfüllen: „kassenspezifische Substitutionsalgorithmen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise“ sowie „kassenspezifische Listen des Arzneimittelsmoduls“.

Natürlich müssen sich die Kassen die Refinanzierung ihrer Honorare überlegen, und eine wichtige Möglichkeit bleibt in diesem Vertrag die Möglichkeit, auf das Verordnungsverhalten der Ärzte mittels der Software Einfluss zu nehmen.

## Keine Überweisungen mehr im Hausarztbereich !!!?

Der entscheidende Fehler in diesen Vertrag liegt jedoch darin, dass er bewährte ambulante Versorgungsstrukturen zerschlagen wird. Im Gegensatz zu allen anderen, bisher abgeschlossenen HzV-Verträgen gibt es keine Zielauftrags- oder Überweisungspauschale innerhalb der HzV.

Mit der Einschreibung in diesen Vertrag verpflichten sich die Patienten, andere Ärzte nur auf Überweisung in Anspruch zu nehmen. Eine **Überweisung zu einem andern Hausarzt ist dabei nicht vorgesehen**. Einzig der Vertretungsfall ist in diesem Vertrag geregelt. Da dieser Vertrag ja eine Bereinigung der KV-Vergütung um den hausärztlichen Versorgungsanteil zur Folge haben wird, können in diesen Vertrag eingeschriebene Patienten auch nicht mehr im hausärztlichen Bereich zu Lasten der KV abgerechnet werden. Dabei ist es egal, ob der Überweisungsempfänger an dem Vertrag teilnimmt oder von wem die Überweisung stammt.

U.E. ist es dann z.B. nicht mehr möglich, mit einer Überweisung vom Gynäkologen bei einem HzV-Patienten eine Sonografie abzurechnen. Eigentlich müsste der Patient sich als HzV-Teilnehmer zu erkennen geben, dann ist eine Abrechnung nicht möglich; tut er dies nicht, könnte es sein, dass die KV die Abrechnung streicht. Das bedeutet für alle Kollegen Honorarverluste, die in nennenswertem Umfang Überweisungen von anderen Hausärzten erhalten. Gleichzeitig wird eine Verlagerung dieser Leistungen in den fachärztlichen Versorgungsbereich stattfinden.

Wir werden in der nächsten Woche über diese Thematik mit den Verantwortlichen bei der AOK reden, Herrn Hoffert vom BDA scheint diese Frage nicht zu interessieren, auf dementsprechende Fragen antwortet er, es könne schon sein, dass dieser Vertrag nicht für jeden das Richtige sein. Man müsse ja nicht daran teilnehmen. Wie hoch der Zwang aufgrund der Nachfrage durch die Patienten sein wird, an diesem Vertrag teilzunehmen, kann zur Zeit noch nicht beurteilt werden, zumal noch nicht bekannt ist, was AOK/IKK den Patienten für die Teilnahme an diesem Vertrag anbieten werden. Ebenso wird wohl jeder für sich genau hinschauen müssen, ob sich für ihn die Teilnahme lohnt. Allerdings beträgt der Marktanteil von AOK/IKK mehr als ein Drittel der Berliner Patienten!

Starten soll der Vertrag mit der Einschreibung der Ärzte ab 1. April, der Patienten ab 1. Juli, ab 1. Oktober soll dann auch nach diesem Vertrag abgerechnet werden.

Der Vertrag kann auf der Homepage des BDA eingesehen werden <http://www.bda-hausaerzteverband.de/>

Ihr

Detlef Bothe