



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 5/2010 des VBHI

Neues aus der Vertreterversammlung

Zum 1. Januar wird die **Online-Abrechnung** Pflicht. Das kann laut Kraffel aber auch insofern „online“ geschehen, als dass die Daten einer Diskette oder CD online im KV-Gebäude eingelesen werden, also Ruhe bewahren.

Kraffel stellte ausgewählte **Honorarergebnisse für das Jahr 2009** vor: Insgesamt floss 12,5% mehr Honorar als 2008, die Hausarztinternisten legten um 14,7% zu, die Allgemeinmediziner um 13,2%, die Psychotherapeuten konnten ein Plus von 39% verbuchen, im ärztlichen Bereitschaftsdienst stieg das Honorar um 106% !

In einer einstimmig angenommenen Resolution sprach sich die VV gegen eine diskutierte Verschiebung der KV-Wahlen um zwei Jahre aus.

Honorarreform

Mit der jüngsten Honorarreform zum 1. Juli wurde eine Forderung unseres Berufsverband erfüllt: zuerst werden künftig die RLV-Fallwörter bestimmt, der Rest bleibt für die übrigen Leistungen. Das könnte dafür sorgen, dass der RLV-Fallwert künftig bei knapp 40 Euro bleiben wird.

Neu sind die sog. **QZV** (qualitätsgebundenen Zuschlagvolumina, vgl. unser Info 1/2010). Für eine Reihe von Leistungen, die bisher unbudgetiert waren wie auch für die bisherigen Qualitätszuschläge wird es QZV geben. Die Basis für die Berechnung der QZV ist der Anteil, den diese Leistungen im Jahr 2008 an der RLV-relevanten Gesamtvergütung hatten. Diese QZV können **fallzahlabhängig** (also unabhängig von der Abrechnungsfrequenz) für jeden RLV-Fall bezahlt werden oder **leistungsfallbezogen**, d. h. auf der Basis des Vorjahresquartals erhält man für jeden Fall, in dem man die QZV-Leistung erbracht hat, einen QZV-Zuschlag, der damit natürlich höher ausfällt, als wenn mit der Gießkanne alle Fälle berücksichtigt werden.

Der Nachteil des Leistungsfallbezugs ist allerdings, dass das „Hamsterrad“ erhalten bleibt. Bei z. B. 150 Leistungsfällen im Vorjahresquartal würde man einen leistungsfallbezogenen Zuschlag für die 150 Fälle erhalten, wenn man die Leistung im aktuellen Quartal wenigstens einmal erbracht hat. Die Leistungsmenge des aktuellen Quartals wird aber voraussichtlich die Basis für das Quartal in einem Jahr sein. Der Berliner KV-Vorstand hält deswegen nicht viel vom Leistungsfallbezug. Unserer Meinung nach muss dies aber immer dann Berechnungsgrundlage sein, wenn eine Leistung mit apparativen Kosten und/oder persönlichen Einsatz verbunden ist. Sonst würde z.B. eine 1500 Scheine-Praxis mit vielleicht 100 Sonografien beim reinen Fallzahlbezug ein QZV für 1500 Fälle erhalten und die 700-Scheine Praxis mit ebenfalls 100 Sonografien nur ein QZV für 700 Fälle. Beim Leistungsfallbezug würden beide ein QZV für 100 Fälle erhalten.

Die Frage nach Fallbezug oder Leistungsfallbezug kann jedenfalls mit den Kassen verhandelt werden. Auf den vom VBHI schnell erstellten Vorschlag hin wird sich der Vorstand bei den Leistungen Sonografie, Ergometrie, Akupunktur, Chirotherapie und Schmerztherapie für den Leistungsfallbezug einsetzen. Andere Leistungen wie ABDM, Spirometrie oder auch psychosomatische Grundversorgung sollten dagegen fallbezogen honoriert werden.

Für die Richtlinienpsychotherapie wie auch für Hausbesuche sollen eigenen Töpfe gebildet werden, aus denen die Leistungen quotiert honoriert werden sollen.

Wir müssen abwarten, was bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen herauskommen wird.

Die Gesamtvergütung wird künftig auf eine festen Basis nach Abzug der Kosten für Psychotherapie, Labor und Bereitschaftsdienst auf Fachärzte und Hausärzte verteilt. Die Basis dieser Aufteilung ist das Verhältnis der Fachgruppen im 1. Halbjahr 2010. Dieser Beschluss des Bewertungsausschuss bedeutet für uns leider, dass die negativen Folgen des sog. EBM-Faktor (wir berichteten darüber ausführlich) erneut negativ für die Hausärzte zum Tragen kommen wird. Dieser Beschluss ist allerdings nicht lokal mit den Kassen verhandelbar.

Hausarztvertrag AOK-/IKK

Zur Zeit ist völlig offen, ob der Vertrag überhaupt rechtswirksam ist. Über die Querelen im BDA hat ja auch das neue KV-Blatt berichtet. Inzwischen wurde die Delegiertenversammlung des BDA neu gewählt, Frau Prehn erhielt die meisten Stimmen, gefolgt von Kreischer, Schwochow und Hoffert. **Hoffert hat heute seinen Rücktritt erklärt**, der Vorstand wird Anfang Juni neu gewählt. Dann wird sich zeigen, ob der Berliner BDA der Bundeslinie der HÄVG folgen wird oder ob er einen eigenen Weg für HzV-Verträge (wie z.B. in Niedersachsen) finden wird.

Ungeachtet dieser Auseinandersetzungen gilt es, sich mit diesen Verträgen zu befassen. Eigenschaft dieser Verträge ist es ja, dass die KV-Vergütung bereinigt wird, und diese Bereinigung hat es, wie Kraffel auf der VV vorstellte, durchaus in sich !

Bereinigung von Selektivverträgen

Jenseits aller Kritik an Selektivverträgen (besondere Voraussetzungen wie Abendsprechstunde und Vertragssoftware etc.) aber auch der Tatsache, dass man kein Recht auf Teilnahme an diesen Verträgen hat (wenn die Kasse z. B. meint, sie habe genug Ärzte in diesem Vertrag) gibt es noch das Problem, dass aufgrund der Vorschriften zur Bereinigung der KV-Honorare eine Kalkulation der Gesamthonorare für den einzelnen Arzt unmöglich ist, aller „Bierdeckel“ zum Trotz. (Von diesen „Bierdeckeln“ gibt es übrigens für jede Krankenkasse einen eigenen, was die Abrechnung und Leistungserbringung nicht gerade übersichtlicher macht!)

Wie funktioniert die Bereinigung?

In einem ersten Schritt wird die **morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)** um die Leistungen der am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten bereinigt, also gekürzt. Dazu muss die Krankenkasse spätestens 6 Wochen vor Quartalsbeginn der KV eine Liste der am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte und Versicherten mitteilen, außerdem wird übermittelt, welche Leistungen im Selektivvertrag erbracht werden (der sog. Ziffernkranz) und wie der Leistungsbedarf jedes einzelnen Versicherten im Vorjahresquartal war. Daraus ergibt sich nun die bereinigte, also geminderte MGV und natürlich auch eine neue Fallzahl der weiterhin im Kollektivvertrag behandelten Versicherten, und daraus wird dann der neue RLV-Fallwert ermittelt.

Sollte dieser Fallwert um mehr als 2,5% unter dem Fallwert ohne Bereinigung liegen, erfolgte eine Anhebung durch die am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte zu Lasten deren Honorars.

Im nächsten Schritt werden die **RLV der teilnehmenden Ärzte bereinigt**, also gekürzt. Für jeden eingeschriebenen Patienten wird der Arzt, bei dem der Patient im Vorjahresquartal in Behandlung war, um einen Fall gekürzt. Der Fall wird dabei mit einer „Alters-Quote“ gewichtet, für einen Rentner werden z.B. 1,2 Fälle berechnet, für die anderen 0,85 Fälle.

Wurde der Patient in einer Gemeinschaftspraxis oder MVZ von mehreren Ärzten behandelt wird jeder Arzt anteilig bereinigt.

Der ermittelte **Leistungsbedarf eines HzV-Patienten** ist die Summe der erbrachten Leistungen im Vorjahr, (gekürzt um die sog. HVV-Quote (Verhältnis zwischen erbrachter und mit dem Orientierungswert bezahlter Leistungsmenge) und gesteigert um die EBM-Anpassungen sowie die vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossene Honorarsteigerung für das Jahr 2010), unabhängig davon, ob der erbringende Arzt diese Leistung damals bezahlt bekommen hat (z.B. nicht, weil er sein RLV überschritten hat).

In den meisten Fällen wird wohl wenigstens die Versichertenpauschale zum Leistungsbedarf gehören, in vielen Fällen wohl auch noch der Chronikerzuschlag und andere Leistungen wie Sonografie, Hausbesuche u.v.m. Versichertenpauschale und Chronikerzuschlag würden z.B. einen Leistungsbedarf eines Rentners von 51,40 Euro bedeuten. Bisher lag der RLV-Fallwert deutlich unter 40 Euro, so dass die Honorarbereinigung der teilnehmenden Ärzte um je einen Fallwert wohl nicht ausreichen wird, um die Verringerung der MGV zu kompensieren. Wegen der oben erwähnten 2,5% Grenze wird wohl zu erwarten sein, dass die Ärzte um mehr als einen RLV-Fallwert pro Teilnehmer bereinigt werden dürften.

Wenn z. B. der gesamte Leistungsbedarf ihrer 125 teilnehmenden AOK-Patienten 8000 Euro beträgt und sie würden 125 mal um dem RLV-Fallwert von geschätzten 40 Euro bereinigt, also um 5000 Euro, dann wird offensichtlich, dass die Bereinigung um einen RLV-Fallwert nicht ausreichen wird, um die Bereinigung der MGV des am Selektivvertrag teilnehmenden Arztes zu kompensieren. Also werden Sie möglicherweise um 180 oder 200 RLV-Fälle bereinigt, bis eben der RLV-Fallwert-Abfall für nichtteilnehmende Ärzten nur noch 2,5% beträgt.

Dieser Bereinigungsmechanismus macht eine Kalkulation, ob durch die Teilnahme am HzV-Vertrag überhaupt höhere Honorare als im KV-System erwirtschaftet werden können so gut wie unmöglich.

Dass dies so sein kann, zeigt die in der Ärztezeitung veröffentlichte Honorarabrechnung eines Kollegen in Baden-Württemberg:

Bisher frisst die KV-Bereinigung die bessere Vergütung aus dem Hausarztvertrag auf									
Die Zahlen aus der KV-Abrechnung und der Abrechnung zum AOK-Hausarztvertrag in der Praxis Gräter/Penteker									
Quartal	KV-Abrechnung			AOK-Hausarztvertrag			Gesamt		
	Zahlung	Fallzahl	Fallwert*	Zahlung	Fallzahl	Fallwert*	Zahlung**	Fallzahl	Fallwert
2/08	94651,34€	1200	78,88 €				94651,34 €	1200	78,88€
3/08	87245,71€	1222	71,40 €				87245,71 €	1222	71,40€
4/08	91733,99€	1247	73,56 €				91733,99 €	1247	73,56€
1/09	91207,00€	1300	70,16 €				91207,00 €	1300	70,16€
2/09***	71568,46€	991	72,22 €	31395,00€	273	115,00 €	102963,46€	1264	81,46€
3/09***	62641,55€	984	63,66 €	25444,00€	304	83,70 €	88085,55€	1288	68,39€

Quelle: Abrechnungszahlen der Gemeinschaftspraxis Uwe Gräter und Dr. Adina Penteker, Möglingen
Tabelle: Ärzte Zeitung 17.03.2010

*) Die rechnerischen Fallwerte ergeben sich aus der Zahlung geteilt durch die jeweilige Fallzahl.
**) Die Gesamtzahlung spiegelt nur die addierten Honorare aus dem KV-System und dem AOK-Hausarztvertrag wider. Die Gemeinschaftspraxis erhält außerdem Honorare aus zwei BKK-Hausarztverträgen und über privatärztliche erbrachte Leistungen.
***) Die Mitgliedschaft im AOK-Hausarztvertrag begann erst zum 1. April 2009.

Trotz relevanter Erträge aus dem AOK-Hausarztvertrag ist das Gesamthonorar aufgrund der Bereinigung gesunken!

Ein weiteres Problem der HzV-Verträge wird durch Bereinigung u. ä. gar nicht erfasst: man geht davon aus, dass der durchschnittliche Deutsche 1,3 Hausärzte hat. Wenn durch HzV-Verträge die Inanspruchnahme von Hausärzten gesteuert wird ist davon auszugehen, dass es insgesamt zu einer Verringerung der Behandlungsfälle und damit natürlich auch zu einem Honorarverlust kommen wird.

Es ist also überhaupt nicht sicher, dass durch die Teilnahme an HzV-Verträgen ein höheres Honorar generiert werden kann! Eines aber wird dadurch sicher erreicht werden, eine Schwächung des KV-Systems und seiner Strukturen. Das kann man natürlich wollen!

Der nächste HzV-Vertrag mit Bereinigung (diesmal mit der TK) winkt schon! 1200 Verfahren sind im Schiedsverfahren.

Wir raten aus vielerlei Gründen von der Teilnahme an diesen Verträgen ab (s. a. unser letztes Info). Den allergrößten Fehler macht auf jeden Fall der, der sich selbst in den Vertrag einschreibt, aber keine Patienten! Denn dieser würde bereinigt werden ohne jegliches Zusatzhonorar!

Ihr

Detlef Bothe