

alle Hausärzte

Dr. Angelika Prehn
Vorsitzende des Vorstandes

Tel.: (030) 3 10 03 - 226

Fax: (030) 3 10 03 - 302

10. Mai 2010

Hausarztzentrierte Versorgung / Verträge des Hausärzterverbandes Berlin-Brandenburg (BDA)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

aus den BDA-verbandsinternen Rundschreiben sowie aus der Presse und unserem KV-Blatt wissen Sie, dass es in der Hausärzteschaft heftige Diskussionen um die ersten Verträge des BDA Berlin-Brandenburg zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V gibt. Das betrifft sowohl die Umstände, unter denen die Verträge, beispielsweise der HzV-Vertrag zwischen dem BDA, der HÄVG und den Krankenkassen AOK und IKK zustande gekommen sind (oder sein sollen), als auch die Vertragsinhalte und Zugangshürden für die Praxen. Inzwischen sind auch wir, die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, in diese Diskussion involviert. Eine Reihe von Kolleginnen und Kollegen hat uns angesprochen und nach den Hintergründen bzw. unserer Einschätzung zu diesen Verträgen gefragt.

Bitte haben Sie Verständnis, dass die KV sich zum eigentlichen Abschluss der vorliegenden Verträge nicht äußert. Sie war an den Verhandlungen nicht beteiligt und ist auch nicht Vertragspartner.

Die KV kommt erst dann „ins Spiel“, wenn es um die sogenannte Bereinigung geht, also die Entnahme von Honoraranteilen zulasten der HzV-Vertragsärzte und ggf. der Regelleistungsvolumen der gesamten Hausarztgruppen aus dem Kollektivvertrag, mit denen solche zusätzlichen HzV-Verträge (mit-)finanziert werden.

Ganz allgemein kann ich Ihnen hier den Standpunkt des KV-Vorstandes zu HzV-Verträgen mitteilen:

- Die Kassenärztliche Vereinigung bevorzugt generell solche Verträge, die den Ärzten in der hausärztlichen Versorgung für speziell definierte und frei wählbare Zusatzleistungen unbürokratisch **zusätzliches** Honorar garantiert. Solche Verträge nach dem „Add-on“-Prinzip gibt es bereits seit längerer Zeit mit gutem Erfolg, darunter auch ein Vertrag zwischen der KV Berlin, dem BDA und dem BKK-Landesverband Ost. Der Vorteil dieser Vertragsform liegt für Sie auf der Hand: Sie bekommen zum KV-Honorar (Kollektivvertrag) zusätzliches leistungsbezogenes Honorar, das mit den Krankenkassen gemeinsam vereinbart wird. Die Abrechnung des zusätzlichen Honorars erfolgt unkompliziert mittels Pseudoziffern zusammen mit Ihrer übrigen KV-Abrechnung.
- Die KV Berlin lehnt folglich Verträge ab, die von bestehenden Abrechnungsstrukturen völlig abgekoppelt sind und doppelgleisige Verwaltungsstrukturen erfordern. Solche Verträge verursachen für die Ärzte zusätzlichen Aufwand (Verwaltungskostenumlage, Anschaffung einer speziellen und kostenpflichtigen Software, doppelte Abrechnungsstruktur, ungünstigere Abschlagzahlungsregelungen, mehr Bürokratie durch umfangreiche Auskunftspflichten usw.).

Die aus KV-Sicht wichtigsten Vor- und Nachteile zwischen Add-on-Verträgen (mit sog. schlanker Abrechnung über bestehende Strukturen) und HzV-Verträgen der Vollversorgung außerhalb des Kollektivvertragssystems finden Sie tabellarisch in der beigefügten Übersicht.

Ich hoffe, liebe Kolleginnen und Kollegen, diese und die tabellarisch angehängten Informationen und Einschätzungen aus meiner und der KV-Sicht helfen Ihnen bei der persönlichen Entscheidung über ein künftiges Vertragsengagement. Ich empfehle Ihnen ferner, die Beiträge zu den am Anfang meines Briefes angesprochenen Verträgen in den KV-Blatt-Ausgaben 04/10 und 05/10 anzusehen. Wenn Sie das Heft nicht greifbar haben, können Sie es auch online unter www.kvberlin.de jederzeit abrufen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Ihre

gez.
Angelika Prehn

Anlage:

Vorteile von „add-on“-Hausarztverträgen / Risiken und Nachteile beim „ersetzenden“ Vertrag

Vorteile von „add-on“-Hausarztverträgen	Risiken und Nachteile „ersetzender“ Verträge
<ul style="list-style-type: none"> - Tatsächliche Zusatzleistungen zur Regelversorgung (Rufbereitschaft u.a., Serviceleistung, Koordination etc.) werden zusätzlich vergütet. - Es gehen keine Leistungen/ Vergütungspositionen in Pauschalen unter, die für den Arzt nachher nicht mehr erkennbar sind. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vertrag erfordert eine Bereinigung der Gesamtvergütung - Die Regelversorgungsleistungen und Zusatzleistungen gehen zusammen in Pauschalen unter.
<p>Überschaubare Kalkulation für den Arzt: Die Leistungen der Regelversorgung bleiben planbar. Hinzu kommen feste garantierte Pauschalen je eingeschriebenen Versicherten und je zusätzlich definierter Leistung</p>	<p>Fehlende Kalkulationsgrundlage für den Arzt, da eine rückwirkende Bereinigung erfolgt und eine direkte leistungs-bezogene Vergütung häufig fehlt (Abhängigkeiten der Pauschalen und ggf. Boni oder dergleichen untereinander).</p> <p>Komplizierte Bereinigungsregelungen im Kollektivvertragshonorar</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Diejenigen Ärzte, die ihren Patienten besondere Zusatzleistungen anbieten möchten, erhalten aus dem Vertrag zusätzliches Geld. Ärzte, die nur die Regelversorgung durchführen möchten, werden dadurch nicht benachteiligt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nicht am Vertrag teilnehmende Hausärzte sind durch die Bereinigungsregelung ebenso benachteiligt, da der Fallwert zur Bereinigung bis zu 2,5% über alle Ärzte reduziert werden kann.

<ul style="list-style-type: none"> - Weniger Zeitaufwand und Bürokratie bei Abrechnung der „add-on“-Pauschalen über die KV. - Keine zusätzlichen Investitionskosten (z.B. für neue Software) bei Doppelabrechnung mit der KV und einem privatem Abrechnungsunternehmen 	<ul style="list-style-type: none"> - Doppelabrechnung für den Arzt mit KV und privatem Abrechnungsunternehmen erforderlich, da nie alle Versicherten eingeschrieben sind. Erfordert bürokratischen Mehraufwand 2 Abrechnungssysteme, 2 Abrechnungswege u.a.). - Ggf. zusätzliche Investitionskosten bei neuer Software.
<ul style="list-style-type: none"> - Arzt hat keinen Nachteil (finanziell) durch ein vorzeitiges Ausscheiden des Patienten aus dem Vertrag. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bestimmte hohe Vergütungspauschalen sind an die „Jahres“-Teilnahme oder Compliance des Patienten gebunden. Diese entfallen, wenn der Patient - vorzeitig aus der Versorgung austritt. Erfüllungsquoten nicht planbar. Siehe auch oben bei Vergütung - Erfüllungsquoten sind abhängig vom Patientenverhalten, nicht von der Leistung des Arztes (Einfluss des Arztes auf das Verhalten des Patienten ist de facto beschränkt).
<ul style="list-style-type: none"> - Rechtliche Unsicherheit zur Leistungsabrechnung über private Abrechnungsunternehmen entfällt (Status der KV als Körperschaft des öffentlichen Rechts bleibt erhalten) 	<p>Es besteht eine Unsicherheit für den Arzt in dem Vertragsbestandsschutz, da per Gesetz die Abrechnung über private Abrechnungsunternehmen vorerst nur bis Mitte 2011 erlaubt ist</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Die Frage, welche Leistungen nach dem Vertrag oder dem Regelleistungskatalog abzurechnen sind, stellt sich für den Arzt nicht. 	<ul style="list-style-type: none"> - Werden von dem ersetzenden Vertrag nicht alle Leistungen umfasst, entsteht die Frage, welche Leistungen vorrangig abzurechnen sind: Leistungen nach Regelversorgung oder vertragliche Leistungen? Hier besteht neben dem erheblichen administrativen Aufwand auch eine Regressgefahr für den Arzt. - Im beschriebenen Fall sind 2 Abrechnungen unabhängig voneinander durchzuführen. Fragen zur Praxisgebühr (1x oder 2x) zur Verordnung von AM oder HM und zur Zuordnung der Verordnung zu einem der beiden Scheine/Fälle und zur Gefahr, Verordnungen ohne Fall in der Richtgrößenprüfung rechtfertigen zu müssen, entstehen. - Teilweise sind Abrechnungen von Sonderleistungen nicht mehr plausibel möglich, da eine bereinigte EBM-Leistung Bedingung für die Abrechnung einer SNR sein kann.
	<ul style="list-style-type: none"> - Vertrag nur lohnenswert bei Patienten, die oft zum Arzt gehen bzw. chronisch krank sind, da die Versichertenpauschale im Vertrag für gesunde Patienten im Zweifelsfall unter dem Quartalsfallwert von ca 35€ liegt.