



**KVB**

*Wir gestalten Versorgung.*



## **Hausarztverträge – Ziel und Stand der Umsetzung**

Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V.: „Kollektivverträge und  
Selektivverträge in der ambulanten ärztlichen Versorgung“

17.06.2010, Berlin

Dr. Axel Munte

## Agenda

- Hausarztverträge im kollektivvertraglichen System
- Hausarztzentrierte Versorgung - Schöne neue Vertragswelt?
- Verträge nach § 73b SGB V: Eine Herausforderung für die KVen
- Integration der Hausarztverträge in das KV-System

## Kollektiv- und Selektivvertrag: Grunddefinition

### Merkmale Kollektivvertrag:

- gesetzlicher Vertragszwang
- einheitliche Ärztevertretung
- einheitlich für alle Kassen
- ➔ verpflichtend für alle Ärzte und Psychotherapeuten
- ➔ gesicherter Leistungsinhalt für alle Versicherte

### Merkmale Selektivvertrag:

- Kassen schließen (freiwillig) Verträge, um sich im Markt zu positionieren
- mit ausgewählten Ärzten oder deren Gruppen
- für Versicherte, die dieses Angebot nutzen wollen
- und übernehmen Sicherstellung



**Diese Prinzipien wurden und werden im Laufe der Zeit unterschiedlich gesetzlich ausgestaltet.**

# Umgestaltung des Gesundheitswesens – Zunahme selektivvertraglicher Gestaltungsmöglichkeiten

Kontinuierliche Öffnung von Selektivverträgen für privatwirtschaftliche Organisationen



## Der § 73b neu durchbricht Grund- und Rechtsprinzipien

### Wortlaut des § 73b Abs. 4 SGB V\*

Zur flächendeckenden Sicherstellung (...) **haben** Krankenkassen (...) spätestens bis zum 30. Juni 2009 **Verträge** mit Gemeinschaften **zu schließen**, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden **Allgemeinärzte** des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Können sich die Vertragsparteien nicht einigen, können die Gemeinschaften die Einleitung eines **Schiedsamtverfahrens** (...) beantragen.

\*in der Fassung des GKV-OrgWG aus dem Jahr 2008



### Merkmale Selektivvertrag:

- Kassen schließen ~~(freiwillig)~~ Verträge, um sich im Markt zu positionieren
- mit ~~ausgewählten Ärzten~~ oder deren Gruppen
- für Versicherte, die dieses Angebot nutzen wollen
- und übernehmen Sicherstellung



- Freiwilligkeit des Vertragsschlusses der Kassen ist durchbrochen
- Auswahlmöglichkeit der Kassen bezüglich ihres Vertragspartners ausgesetzt

## Bundesweite Hausarztverträge

	Verträge geschlossen	Verhandlungen laufen	Schiedsverfahren beantragt bzw. laufen
Baden-Württemberg	71	--	63
<b>Bayern</b>	<b>114</b>	--	22
Nordrhein	9	--	42
Hamburg	13	71	50
Niedersachsen	11	122	4
Mecklenburg-Vorpommern	10	74	56

## Bundesweite Hausarztverträge

	Verträge geschlossen	Verhandlungen laufen	Schiedsverfahren beantragt bzw. laufen
<b>Berlin</b>	14	1	76
<b>Brandenburg</b>	14	1	78
<b>Bremen</b>	14	1	116
<b>Rheinland-Pfalz</b>	13	74	44
<b>Hessen</b>	13	122	115
<b>Saarland</b>	13	75	41

## Bundesweite Hausarztverträge

	Verträge geschlossen	Verhandlungen laufen	Schiedsverfahren beantragt bzw. laufen
<b>Sachsen</b>	11	--	56
<b>Sachsen-Anhalt</b>	14	1	78
<b>Schleswig-Holstein</b>	70	--	61
<b>Rheinland-Pfalz</b>	13	74	44
<b>Thüringen</b>	12	75	44
<b>Westfalen-Lippe</b>	95	--	40



## Agenda

- Hausarztverträge im kollektivvertraglichen System
- Hausarztzentrierte Versorgung - Schöne neue Vertragswelt?
- Verträge nach § 73b SGB V: Eine Herausforderung für die KVen
- Integration der Hausarztverträge in das KV-System

## Stimmen aus der Öffentlichkeit – es ist nicht alles Gold, was glänzt!

### Gemeinsam politisch mehr erreichen - Internisten warnen vor Einzelvertragswirrwar

WIESBADEN - Der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) sieht die Verzettlung in Hunderte Einzelverträge mit den Kassen skeptisch. Er plädiert für die Beibehaltung des Kollektivvertragssystems.

#### **Ärztefrust pur - 27 Schubladen für 27 Verträge?**

**Ärzte Zeitung, 11.04.2005**

„Durch mehr Verträge wird die Bürokratie in den einzelnen Praxen nicht weniger, sondern tendenziell eher mehr.“

Main-Echo, 14.04.2010

20.12.2007

**Winn: „Neue Selektivverträge sind riskante Experimente“**

Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Kuno Winn, hat zum Jahreswechsel Ärzte und Patienten auf einen radikalen Systemwechsel im Gesundheitswesen vorbereitet. „Die Politik hat auf Verteilungskampf gesetzt, statt das System mit den notwendigen Mitteln auszustatten“, sagte Winn.

„Geld ist nicht vermehrbar. Anfangs mag es gelingen, über eine Reduzierung der von den Krankenkassen an eine KV zu zahlenden Gesamtvergütung mit einer Honorarminderung im KV-System höhere Honorare in Selektivverträgen zu finanzieren. Dies führt jedoch zu finanziellen Einschränkungen in der Regelversorgung.“

Fritz Beske, Facharzt.de 05/2009

„Das Hauptproblem des § 73b SGB V ist, dass er versichertenfreundliche und qualitätssteigernde Versorgungsverträge nur schwerlich zulässt, weil hier per Gesetz einer ganz bestimmten Vereinigung ein Verhandlungsmonopol eingeräumt wird. Und dieser Organisation geht es vorrangig um Honorare und erst in zweiter Linie um Inhalte.“

**Birgit Fischer, Vorsitzende der Barmer-GEK (Arzt am Abend, 01.03.2010)**

## Wo ist das Problem bei den Verträgen nach § 73b SGB V?

- Der § 73b ist ein Kostentreiber
- Der § 73b KANN eine Qualitätsbremse SEIN
- Der § 73b schafft neue Monopole



**Gefahr für die Versorgung: Fleckerlteppich durch Abschluss von Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung**

## Der § 73b ist in mehrfacher Hinsicht ein Kostentreiber!

### 1. Honorarmehrung ohne Mehrnutzen

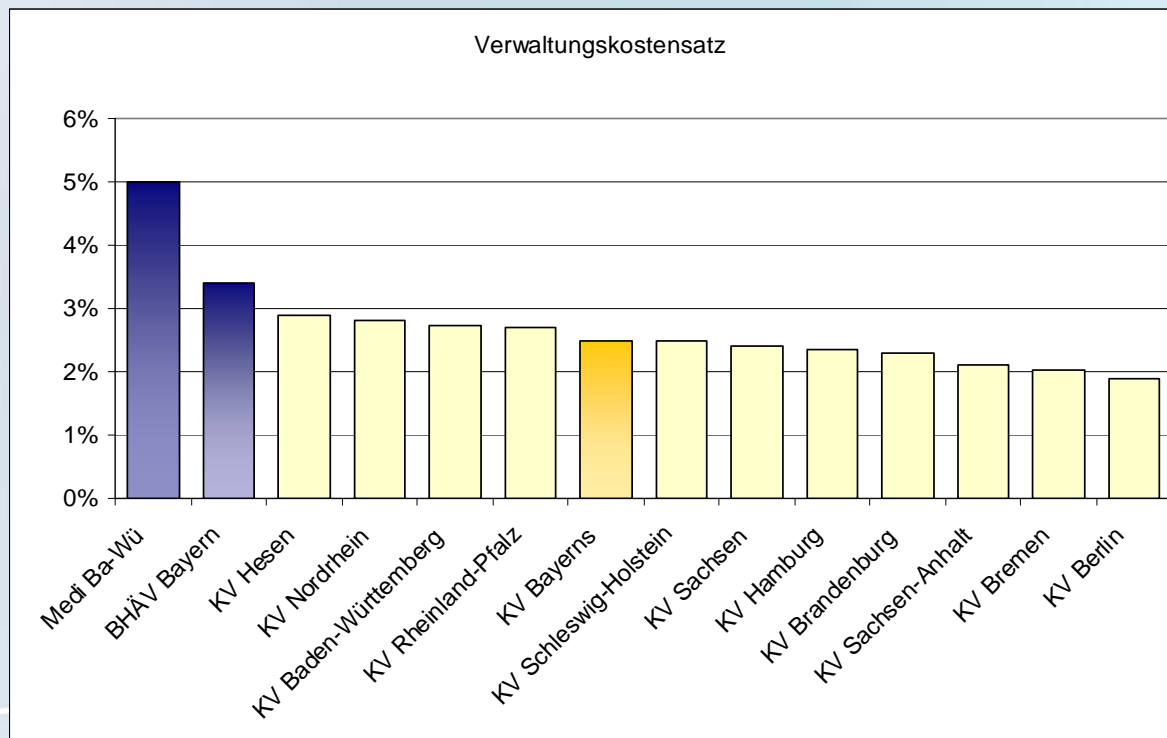
- Allein der § 73b-Vertrag der **AOK Bayern** verursacht **Mehrkosten** von **330 Mio. Euro pro Jahr** (KVB Schätzung)
  - Mehrkosten setzen sich zusammen aus:
    - Verzicht auf Praxisgebühr
    - Nicht-vertragsgemäße Inanspruchnahme anderer HÄ
    - Verlagerung in Bereitschaftsdienst
    - weitere Mehrkosten aufgrund Vertrag
    - Weit bessere Vergütung der HÄ
- Die **AOK Bremen** hat das Problem **ERKANNT**

**Ärzte Zeitung, 20.04.2010**

**AOK Bremen klagt gegen 73b-Vertrag - Grund: zu teuer**

## 2. Verwaltungskosten (1/2)

- Die **Verwaltungskostensätze in Hausarztverträgen** sind i.d.R. **höher** als die aller KVen (**MEDI BaWü: 3% Mitglieder bzw. 5% Nicht-Mitglieder**)
- **OHNE Bereitschaftsdienst**



- Verwaltungskostensätze bei elektronischer Abrechnung
- KVen: inkl. Organisation des Not- bzw. Bereitschaftsdienstes
- HzV: gegenüber Nichtmitgliedern, da ansonsten umsatz-unabhängige Mitgliedsbeiträge anfallen

## 2. Verwaltungskosten (2/2)

- Dabei bieten die **Hausarztverbände weniger Leistungen** an als die KVen bzw. müssen keinen gesetzlichen Verpflichtungen nachkommen.
- Leistungen der KVen entfallen **nicht!** (Mehrfachbezahlung für:)
  - **Arztregister-Eintragung**
  - **Zulassungsverfahren**
  - **Erteilung besonderer Genehmigungen**

**Folge → Verwaltungskostenexplosion!**

### 3. In den Praxen

Auch für die **Ärzte** bedeutet der § 73 b einen **(bürokratischen) Mehraufwand**. Denn:

- Viele unterschiedliche Verträge: Kein „gemeinsam und einheitlich“!
  - **Von jeder Kasse** erhält der Arzt eine **eigene Honorarabrechnung**
  - Jeder Hausarztvertrag hat andere Regelungen bzgl. **Praxisgebühr**
    - AOK Bayern: 40€ werden gezahlt, **30€ zurücküberwiesen**
    - BKKen haben unterschiedliche Regelungen
    - LKK befreit vollständig
- Arzt muss **Überblick über alle Befreiungsregelungen** haben

Der § 73b kann aus folgenden Gründen eine Qualitätsbremse sein:

1. Mit Beginn des AOK Hausarztvertrages ist in Bayern ein Anstieg der Bereitschaftsdienst- bzw. Notfälle zu beobachten:

- **Anstieg um ca. 24%**

gegenüber den Patienten im Kollektivvertrag  
(KVB Berechnung)



## 2. § 73b-Verträge haben meist eine pauschale Vergütung. Pauschalen bieten keinen Anreiz für besonderes Engagement!

### Auswirkungen der Pauschalen:

- **Kontaktunabhängige Pauschalen**  
→ Weg in die „Festanstellung“ der Hausärzteschaft!
- Die **Leistungen**, die die Ärzte erbringen, **sind ZUM TEIL nicht mehr abbildbar**
- **Gerätevorhaltepauschalen führen zu ÜW**

### 3. Im Kollektivvertrag wird die Nichterbringung von Fortbildungen bestraft, im Selektivvertrag nicht zwingend. (1/2)

- Fortbildungen sind nach § 95d SGB V im Kollektivvertrag vorgeschrieben:

„Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig, **ist die KV verpflichtet, das an ihn zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit für die ersten 4 Quartale (...) um 10 v. H. zu kürzen, ab dem darauf folgenden Quartal um 25 v. H.**“

→ Kassen sind beim § 73b SGB V in der Pflicht, die Fortbildungen zu überprüfen! ...Tun sie das auch??!

### 3. Im Kollektivvertrag wird die Nichterbringung von Fortbildungen bestraft, im Selektivvertrag nicht zwingend. (2/2)

- Die dazugehörige Gesetzesbegründung sieht dies nur bei Honorar vor, das über KVen fließt:

**"Erfasst wird nur das vertragsärztliche Honorar, das die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen, nicht das Honorar, das von den Krankenkassen aufgrund von Verträgen außerhalb der vertragsärztlichen Vergütung gewährt wird."**

Quelle: Gesetzesbegründung zum GKV-GMG (Gesundheitsmodernisierungsgesetz) vom 08.09.2003 (Bundestags-Drucksache 15/1525)

**→ Rückfluss des gekürzten Honorars in den Kollektivvertrag unterbleibt!**

## Der § 73b schafft neue Monopole!

- In den 1930er Jahren haben die Ärzte für die Gründung der KVen gekämpft, um nicht mehr von den Krankenkassen abhängig zu sein.
- Soll diese Struktur, die sich über Jahrzehnte hinweg bewährt hat, einfach so aufgegeben werden?
- Ist den Ärzten überhaupt bewusst, in welche Abhängigkeit gegenüber den Kassen sie sich mit den § 73b-Verträgen (erneut) begeben?

- **Kassen-Monopol: Bei über 50 Prozent Versichertenanteil bestimmt eine Krankenkasse alleine!**

### **§ 211a Entscheidungen auf Landesebene**

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen sich über die von ihnen nach diesem Gesetz gemeinsam und einheitlich zu treffenden Entscheidungen einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt die Beschlussfassung durch je einen Vertreter der Kassenart, dessen Stimme mit der landesweiten Anzahl der Versicherten nach der Statistik KM6 seiner Kassenart zu gewichten ist. Die Gewichtung ist entsprechend der Entwicklung der Versichertenzahlen nach der Statistik KM6 jährlich zum 1. Januar anzupassen.

- ... der Marktanteil der AOK Bayern liegt bereits bei rund 40 Prozent ...

## Monopol für Hausarztverbände durch deren Vorrangstellung

**§ 73b Abs. 4:** „Zur flächendeckenden Sicherstellung (...) haben die Krankenkassen (...) spätestens bis zum 30.06.2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Können sich die Vertragsparteien nicht einigen, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens (...) beantragen. Ist ein Vertrag nach Satz 1 zustande gekommen (...), können Verträge auch abgeschlossen werden mit

1. vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung (...) teilnehmen
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer (...) anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigen.

## Drastische Konflikte im HÄV-System:

- Beispiel 1: HÄV Sachsen-Anhalt steigt aus HÄVG aus!
  - Ursache: HÄVG hatte Klage gegen deren Hausärztevertrag unter Beteiligung KVSA eingereicht.

Andreas Petri, Vorsitzender des HÄV Sachsen-Anhalt: **"Es kann nicht sein, dass ein von uns finanziertes Serviceunternehmen wie die HÄVG einen Partner verklagt, für den sich die Hausärzte im Land einstimmig entschieden haben."**

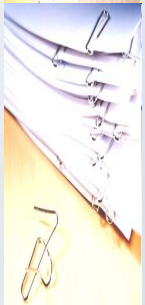
Quelle: Ärztezeitung, 08.03.2010

- Beispiel 2: Uneinigkeit, ob nur Vollversorgungsverträge oder auch „Add-on“-Verträge „akzeptiert“ werden
  - Befürworter Vollversorgungsverträge: HÄV Bundesverband, HÄV Hamburg, HÄV Hessen, HÄV Nordrhein etc.
  - Befürworter „Add-on“-Verträge: HÄV Niedersachsen, etc.

Quelle: gid, 12.02.2010



## Schöne neue Vertragswelt – wohl doch eher nicht!



- **MONOPOL**-Politik des Hausarztverbandes, **schlechtere Kooperation HÄ-FÄ**; Patientenverschiebung; **Fraktionierung** der Versorgung
- **Finanzielle Interessen dominieren** beim Hausarztverband (siehe Rundschreiben BHÄV, Kampfmaßnahmen wie DMP-Boykott etc.)
- **Sicherstellung fraktioniert** unterschiedliche Verträge bei einzelnen Kassen, Zerstückelung der Versorgung
- **Bürokratie** (Unterschiedliche **Praxisverwaltungssysteme**, Abrechnungsweg nicht nur über KV, sondern auch über HÄVG)
- **Fehlende Transparenz**: KV für „Rest-Sicherstellung“ zuständig, obwohl sie oftmals Vertragsinhalte nicht kennt
- **Hausarztverband pickt die Rosinen**, Rest-Versorgung bleibt an der KV hängen. Wie soll das lange gut gehen?