Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow

Der neue Hausärzte-Vertrag der AOK Baden-Württemberg – Beginn einer neuen Epoche?

„Revolution“, „Bruch des Monopols der Kassenärztlichen Vereinigung“ und „neues Zeitalter im Gesundheitswesen“, „frischer Wind im System“: So reagieren die Medien auf den neuen Hausärzte-Vertrag für AOK-Versicherte in Baden-Württemberg. Nicht beteiligte Ärzteorganisationen reagieren hingegen zurückhaltend, skeptisch und abwehrend.

>> Die Allgemeine Ortskrankenkasse Baden-Württemberg, die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG) sowie der Mediverbund Dienstleistungs GmbH haben am 8. Mai 2008 einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg nach § 73 b SGB V unterschrieben, dem auch der Deutsche Hausärzteverband, Landesverband Baden-Württemberg, und Medi Baden-Württemberg e.V. als Vertragspartner unterstützend beigetreten sind.

Der Vertrag besteht aus einem Mantelteil (allgemeiner Teil) und aus sechzehn Anlagen, die derzeit noch vertraulich behandelt werden. Im allgemeinen Teil finden sich Regelungen, wie und unter welchen Voraussetzungen Hausärztinnen und Hausärzte dem Vertrag beitreten können, welche besonderen Leistungen sie dabei im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung erbringen müssen, welche Informationspflichten ihnen dabei zukommen und auf welche Weise Hausärztinnen und Hausärzte weitere Versorgungsformen unterstützen müssen, die die AOK Baden-Württemberg mit Dritten vereinbart hat. In einem weiteren Abschnitt wird geregelt, wie die AOK-Versicherten sich bei Hausärzten einschreiben können, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Des Weiteren werden die Rechte und Pflichten von AOK, Hausärztlicher Vertragsgemeinschaft und Mediverbund untereinander und nach außen geregelt.

Einzelheiten zur Vertragsdurchführung finden sich in 16 Anlagen, die sich mit der Information der Hausärzte, Qualifikations- und Qualitätsanforderungen, Aufbau und Ablauforganisation der Praxissoftware und Hardware befassen. Ferner ist dort ein AOK-Patientenpass vorgesehen. Es werden Teilnahmebedingungen der AOK an der hausarztzentrierten Versorgung detailliert geregelt. Für die Öffentlichkeitsarbeit ist eine gemeinsame Sprachregelung getroffen. Ein Pflichtenheft regelt die Obliegenheiten der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft, des Mediverbundes und der AOK. Die Datenübermittlung und die Algorithmen der Vertragssoftware werden geregelt. Es findet sich eine Schlichtungsordnung als Vertragsbestandteil. Abrechnungsprüfkriterien werden definiert. Der Einzug der Praxisgebühr wird geregelt. Das Prüfwesen ist ebenfalls Vertragsbestandteil, ferner ein Datenschutzvertrag.

Die gesamte Notfallversorgung wird vertraglich weiter über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg geregelt und dort zusätzlich zu dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung vergütet. Analoges gilt für Fremdkassenfälle, die dann entstehen, wenn Versicherte der AOK Baden-Württemberg in einem anderen Bundesland und damit außerhalb des Amtsbereiches der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg versorgt werden.

Laufzeit des Vertrags

Inkrafttreten wird der Vertrag am 1.7.2008 mit unbefristeter Dauer. Er läuft mindestens viereinhalb Jahre und ist erstmals zum 31.12.2012 kündbar. Vorher kann er nur dann beendet werden, wenn in einem zusammenhängenden Zeitraum von sechs Monaten weniger als 3.000 Hausärztinnen oder Hausärzte dem Vertrag beitreten. Konflikte werden durch einen Beirat und ein Schiedsverfahren geregelt.

Einschreibung durch Ärzte und Patienten

Nach einer Umfrage des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg haben mehr als 5.000 Hausärztinnen und Hausärzte von den insgesamt ca. 7.000 in Baden-Württemberg die Absicht, diesen Vertrag mit Leben zu erfüllen. Sie können ihre Teilnahme ab 1.7.2008 bei der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft erklären. Wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass teilnahmewillige Hausärzte das typische hausärztliche Behandlungsspektrum vollständig abdecken und gewillt sind, die vertraglich vereinbarten hausärztlichen Leistungen zu erbringen.

Für die 3,7 Millionen AOK-Versicherten ist die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung freiwillig. Sie können unter den Ärzten auswählen, die ihre Teilnahme am Vertragssystem erklärt haben. Die Bindungsdauer der Patient-Arzt-Beziehung beträgt dann mindestens zwölf Monate. Im Ausnahmefall kann sie aus wichtigem Grund, z.B. Umzug, gekündigt werden. Versicherte übernehmen die Verpflichtung, Fachärzte nur auf Überweisung des an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Arztes zu konsultieren. Ausnahmen von dieser Regel bestehen bei der Inanspruchnahme von Augenärzten, Gynäkologen sowie im Notfalldienst. Versicherte haben die freie Facharztwahl, wenn sie überwiesen wurden, und ebenso freie Krankenhaus- und Apothekenwahl. Die Einschreibung beim Hausarzt ist frühestens nach zwölf Monaten kündbar.

Leistungsverpflichtungen

Dazu gehört die Beratung und Information der Versicherten, die Verpflichtung zur Dokumentation, Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der sektorübergreifenden Versorgung. Leitlinien, die nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin erstellt worden sind, müssen in Kooperation mit Leistungspartnern aus der fachärztlichen und Krankenhausversorgung umgesetzt werden.

Die Arznei-, Heilmittel- sowie Hilfsmittelversorgung soll aktiv gesteu-

ert werden. Hierfür ist von Ärzten, die dem Vertrag beitreten, eine spezielle Praxissoftware vorzuhalten, die es ermöglicht, von Krankenkassen vorgegebene Positivlisten bei der Verordnung zu berücksichtigen.

Präventive und rehabilitative Maßnahmen müssen von teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzten eingeleitet werden, wenn dies erforderlich ist.

Die teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet, eine IT-gestützte Dokumentation nach den Standards des Vertrages zu verwenden und ihre Abrechnung sowie die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln unter Verwendung der Vertragssoftware vorzunehmen. Sie müssen an Qualitätszirkeln und Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen, die quantitativ und inhaltlich spezifiziert sind. Sie müssen ein auf hausärztliche Belange zugeschnittenes Qualitätsmanagement umsetzen und eine apparative Mindestausstattung der Praxis vorhalten.

Von montags bis freitags sind werktägliche Sprechstunden und mindestens eine Abendsprechstunde pro Woche bis 20 Uhr für berufstätige Versicherte anzubieten.

Bei Bedarf müssen die Terminvereinbarungen zwischen Patientinnen und Patienten einerseits und Fachärzten, Psychotherapeuten und sonstigen Leistungserbringern andererseits unterstützt werden.

Jährlich ist eine erweiterte Gesundheitsuntersuchung (Check-Up 35) durchzuführen und im Zusammenhang damit eine IT-gestützte Risikoanalyse für Herzinfarkt und Schlaganfall vorzunehmen. Gegebenenfalls sind Präventionsmaßnahmen zu veranlassen.

Auf Wunsch wird ein Patientenpass ausgestellt, optional elektronisch, der, wenn gewollt, vom Hausarzt geführt wird.

Verträge zwischen der AOK Baden-Württemberg und Dritten z.B. Krankenhausträgern und Versorgungsorganisationen müssen durch Ärzte, die am Vertrag teilnehmen, umgesetzt werden.

Vergütung

Die Vergütung der teilnehmenden Ärzte ist sehr einfach geregelt: Es wird auf eine Einzelleistungsgebührenordnung verzichtet und stattdessen mit einem System von Pauschalen mit Zuschlägen gearbeitet:

Pauschale 1: Für eingeschriebene Patienten wird – ohne Berücksichtigung der Zahl der Arztkontakte – eine Vergütung in Höhe von 65 Euro pro Jahr bezahlt.

Pauschale 2: 40 Euro pro Quartal, wenn wenigstens ein Patient-Arzt-Kontakt stattgefunden hat.

Pauschale 3: Zuschlag für die Behandlung chronisch kranker Patienten zusätzlich zu Pauschale 2.

Daneben werden Vorhaltezuschläge, Einzelleistungen z.B. für kleine Chirurgie und ergebnisabhängige Zusatzvergütungen für Managementerfolge bezahlt.

Zuschlag für Sonographie	8 Euro
Zuschlag für Kleine Chirurgie	5 Euro
Zuschlag für Psychosomatik	6 Euro
Zuschlag für qualifizierte medizinische Fachangestellte zur Chronikerbetreuung:	5 Euro

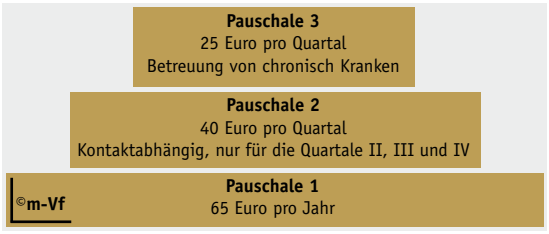


Abb. 1: System von Pauschalen

Ergebnisorientierte Vergütungen werden gezahlt für das Erreichen von definierten Zielquoten bei Gesundheitsuntersuchungen, Impfungen und Arzneimittelverordnungen.

Der Vorteil dieses Vergütungssystems liegt in einer einfachen aus vier Komponenten bestehenden Pauschalvergütung. Hiermit sind Fallwerte von 80 Euro im Quartal möglich. Der aktuelle Fallwert liegt hingegen bei 53 Euro. Darüber hinaus wird die Vergütung von einem Punktwertsystem auf die Trias nach Donabedian umgestellt; denn es werden die Struktur-, die Prozess und auch die Ergebnisqualität honoriert. Das ist in der Medizin nicht ganz einfach, aber sicherlich sinnvoller als eine Punktwert- oder Euro-Systematik der Vergütung.

Es gibt kein Praxisbudget mehr, Honorar fließt bei jedem Patienten. Auch eine Abstaffelung und Regresse gibt es nicht mehr. Im Prinzip ist die Abrechnung auf einem Bierdeckel möglich.

Refinanzierung

Die Refinanzierung der Mittel (Experten schätzen das Honorarvolumen auf 200 Mio. Euro im ersten Vergütungsjahr; danach ansteigend auf über 800 Mio. Euro) für die Durchführung dieses Vertrages durch die AOK Baden-Württemberg erfolgt durch Bereinigung des bisher von der AOK Baden-Württemberg an die KV Baden-Württemberg gezahlten Honorares. Jeder Versicherte, der von der KV-Versorgung in die hausarztzentrierte Versorgung wechselt, nimmt seinen Honoraranteil, der bisher der Kassenärztlichen Vereinigung zufloss, in die hausarztzentrierte Versorgung mit. Eine weitere Finanzierungsquelle ergibt sich auf Grund der erwarteten Einsparungen durch sparsamere Inanspruchnahme fachärztlicher- und Krankenhausleistungen sowie durch konsequente Anwendung, der von der AOK Baden-Württemberg für die Praxis-EDV zur Verfügung gestellten Positivlisten.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass von den gut 7.000 Hausärztinnen und Hausärzten in Baden-Württemberg an dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung wahrscheinlich nur etwas mehr als 5.000 Hausärztinnen und Hausärzte teilnehmen werden.

Die Minderheit der nicht am Vertrag Teilnehmenden können ihre Leistungen ganz oder teilweise weiter über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen. Diese sind jedoch sehr oft in Teilbereichen wie z.B. der Psychotherapie, Physiotherapie, Anthroposophie, Homöopathie und in wenig standardisierten Naturheilverfahren tätig.

Leistungen, die nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, sind nicht Bestandteil der hausarztzentrierten Versorgung. Vergütungsanteile, die bisher für nicht standardisierte Leistungen durch die KV bezahlt werden, sollen in der hausarztzentrierten Versorgung zur Finanzierung des Leistungsstandards mit herangezogen werden. Andererseits ist es im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit jeder Hausärztin und jedem Hausarzt möglich, im Rahmen der pauschalierten Vergütung Patienten auch mit Naturheilverfahren zu versorgen. Künftig entfallen aber Marketingeffekte, die von den nicht standardisierten Versorgungsbereichen ausgegangen sind.

Patientinnen und Patienten sind künftig bei einer Hausärztin oder einem Hausarzt eingeschrieben. Parallelinanspruchnahmen mehrerer Ärzte, z.B. zur Parallelinanspruchnahme von Naturheilmethoden oder Außenseitermethoden sind künftig nicht mehr möglich; es sei denn, Patientinnen und Patienten finanzieren diese selber.

Reaktionen und Kommentare

Ulrich Weigelt, der Vorsitzende des Deutschen Hausärzteverbandes, begrüßte den Vertragsabschluss anlässlich der Pressekonferenz am 8.

Mai 2008 und äußerte seine Genugtuung, dass ein Vertrag gelungen sei, der die Hausärzte nicht nach Punkten, sondern in Euro bezahle, und zwar im Durchschnitt mit 78 Euro pro Quartal. Dies bedeute eine Honorarsteigerung, während ohne diesen Vertrag mit Inkrafttreten des Gesundheitsfonds eine Honorarabsenkung zu befürchten gewesen wäre. Honorarregresse seien wegen der Pauschalvergütung künftig nicht mehr möglich. Im Übrigen verzichte der Vertrag auf Mengenbegrenzungen bei hohen Patientenzahlen wie sie bei Landärzten üblich seien. Demgegenüber staffele die Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen in solchen Fällen sehr oft das Honorar nach unten. Die Gefahr von Regressforderungen bei der Medikamentenverordnung sieht Weigeldt als minimal an, weil Ärzte die Möglichkeit hätten, die von der Krankenkasse vorgegebene Positivliste auch tatsächlich umzusetzen. Aufwendungen für Bürokratie im Praxisalltag werden durch intelligente Praxissoftware und durch Zeit sparende Managementprozesse gesenkt. Damit sei endlich mehr Zeit für die Patienten vorhanden.

Dr. Rolf Hoberg, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, bezeichnete den 8. Mai als „großen Tag im deutschen Gesundheitswesen". Der Vertrag biete die Chance, die Beziehungen von Ärzten und Krankenkassen auf eine ganz neue Basis zu stellen, man habe aus gescheiterten Verträgen gelernt. Weniger Bürokratie und „kein Hams-terrad im Hinterkopf" seien entscheidende Vorteile. Die Entspannung werde sich positiv auf die Patienten auswirken. Gleichwohl habe man sich an einem hohen Hausarztstandard orientiert. Im Übrigen werde der Datenschutz gewahrt. Die Krankenkasse werde ihren Steuerungsbedarf durch aggregierte anonyme Daten sicherstellen.

Dr. Christopfer Hermann, Hobergs Vorstandskollege, ergänzte die Ausführungen: „Wir stoßen in eine neue Welt vor; verlassen die alte Welt, wo Ärzte mit immer mehr Verdruss arbeiten." Wir kommen „raus aus der Controletti-Mentalität, die wir alle angerichtet haben; raus aus der Misstrauenskultur. Wir gehen das Bürokratiemonster an."

Dr. Werner Baumgärtner, der Medivorsitzende, erklärte weniger überschwänglich und eher sachlich: „Ich bin froh, dass dieser Vertrag zustande gekommen ist." „Die AOK setzt damit auf die freiberufliche Ebene; das ist in diesen Zeiten keine Selbstverständlichkeit." „Ich freue mich, dass der Hausärzteverband und Medi zusammengekommen sind; vielleicht auch ein Zeichen für die übrige Republik."

Verschiedene Ärzteverbände reagierten kritisch. Dr. Kuno Winn, Vorsitzender des Hartmann-Bundes, sieht eher Risiken. „Vieles, was sich in diesem Vertrag wiederfindet, ist in der Vergangenheit stets gemeinsam als Alarmsignal für den Versuch von Politik und Kassen bewertet worden, in die Therapiehoheit des Arztes einzugreifen." So gehe es bei Fragen der IT-Anbindung der Praxis an die Kasse wesentlich darum, das Vertrauen der Patienten zu erhalten. Es dürfe kein Hauch von Bereitschaft gezeigt werden, Grundsätze ärztlichen Handelns zugunsten einer scheinbar greifbareren Honorierung zu opfern.

Dr. Hansen, Vorsitzender Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, bewertete den Vertrag als Misserfolg. Was dort als Erfolg dargestellt werde, sei im Bereich der KV Nordrhein längst erreicht. Die Honorierung von bis zu 80 Euro pro Fall und Quartal sei nicht beeindruckend. Solche Honorare könnten in Nordrhein durch Disease-Management-Programme, Präventionsleistungen und Hausarztverträge ebenfalls erreicht werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sieht den Vertrag als klares Signal gegen das System der kassenärztlichen Vereinigungen. Die Aufgabe von KBV und KVen bestehe nun darin, darüber zu informieren, was dieser Vertag für die Patienten und die Ärzte bedeutet.

Fazit

Der Vertrag verfolgt das Ziel, die Finanzierung der Versorgung und die Leistungen aus einer Hand zu steuern. Vorbild sind die Health Maintenance Organizations (HMOs) in den USA, insbesondere Kaiser Permanente, in denen sich dieses Managementprinzip bewährt hat. Es wird in Deutschland seit zwei Jahren durch die Bertelsmann Stiftung propagiert. Letztere hat mehrere Seminare für Führungskräfte der gesetzlichen Krankenkassen und der Leistungserbringer veranstaltet, in denen die Erfahrungen aus USA vermittelt wurden.

Wettbewerb ohne Kritik sollte man nicht erwarten. Jetzt ist es an der Zeit, sachlich die Ergebnisse zu beobachten. Ein weiteres spannendes Feld für die Versorgungsforschung. Hier sollte man nicht dieselben Fehler machen wie bei der Evaluation der Disease Management Programme bei denen auf eine vergleichende Evaluation verzichtet wurde. Es wird von großem Interesse sein, wie sowohl Ärzte als auch Patienten mit der neuen Versorgungsform zufrieden sein werden, ob die verpflichtende Einschreibung und Bindung an einen Hausarzt die Akzeptanz auf Patientenseite beeinträchtigt, ob das schlanke Vergütungskonzept mehr Zeit für die Patientenbetreuung freisetzt, ob die Honorierung der Prozess- und Ergebnisqualität wirklich zu einer besseren Patientenversorgung führen wird. Viele Fragen der Versorgungsforschung werden den innovativen Vertrag zur hausärztlichen Versorgung begleiten und erst die Antworten darauf lassen ein Urteil zu, ob die Akteure ihre Ziele auch wirklich erreicht haben. <<

Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Kossow
Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Honorarprofessor am Fachbereich 11 Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen mit dem Schwerpunkt „Öffentliche Gesundheit, Gesundheitsmanagement" / Jahrgang 1941
1989 - 1993 Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen,
1993 - 2003 Vorsitzender des Berufsverbandes der Allgemeinärzte Deutschlands BDA-Hausärzteverband e. V.
2003 - 2006 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Disease Management e. V.
Publikationen zu neurophysiologischen, allgemeinmedizinischen, arzneimittelpolitischen, ärztlich/berufspolitischen Themen sowie zu Fragen der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen.
Kontakt: kossow@kossow.com

