

Stringenz vs. Komplexität



In den letzten Jahren sind die Teilnehmerzahlen an Selektivverträgen, insbesondere an den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV), kontinuierlich gestiegen. Die Teilnahme an den HZV-Verträgen ist freiwillig, sodass jede Praxis – unter Berücksichtigung ihrer Situation – entscheiden kann, ob sie an einem oder mehreren Selektivverträgen teilnehmen möchte. Gerade aus Sicht der Hausärzte sind wir der Überzeugung, dass die Teilnahme an den Hausarztverträgen viele Vorteile bietet. Wir glauben aber ebenso, dass Hausärzte selbst am besten wissen, in welchem System sie ihre Patienten optimal versorgen können. Verlässt man einmal die viel diskutierte Ebene von *Fallwert* und *Honorarhöhe* und wendet sich den systematischen Unterschieden zwischen Selektivverträgen – wie den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) der Hausärzteverbände – und dem Kollektivvertrag zu, erkennt man gravierende Unterschiede.

Die arztindividuelle Vergütung im Kollektivvertrag erfolgt zu großen Teilen aus der Gesamtvergütung, welche ex ante feststeht. Zu der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung kommen dann noch die extrabudgetären Leistungen hinzu. Wie die Gesamtvergütung berechnet wird, mag vom Prinzip her noch nachvollziehbar sein. Aber nur sehr wenige Ärzte dürften im Detail die Berechnungsschritte verstehen, die ein Euro auf dem Weg von einer Krankenkasse über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) bis zum niedergelassenen Arzt durchläuft. Stichpunktartig seien nur einmal *Veränderungsrate*, *Trennungsfaktor* und *Vorwegabzüge* genannt. Die Höhe der Gesamtvergütung steht im Voraus fest, die Leistungsmenge aber nicht. Somit müssen im Kollektivvertrag Mechanismen eingesetzt werden, durch die ein fixer Betrag auf eine ex ante unbekannt Menge an Leistungen verteilt werden kann. Hierzu müssen die „Preise der Leistungen“ variabel

sein, was zum Beispiel Praxen mit überdurchschnittlich hohen Fallzahlen in Form von Abstufungen zu spüren bekommen. Als Abstufung bezeichnet man eine Minderung des Fallwerts für jeden Fall, der über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe liegt.

Bei HZV-Verträgen gibt es keine „ex ante Gesamtvergütung“. Hier verhandeln die Vertragspartner zunächst die selektivvertraglichen Leistungen samt der entsprechenden Vergütungshöhe. Nach Ablauf eines Quartals werden die erbrachten Leistungen der Kasse „in Rechnung gestellt“ und auf dieser Grundlage dann vergütet. Dieses Prinzip gilt auch für jene HZV-Verträge, die per Schiedsspruch festgesetzt werden. Lediglich die „Refinanzierungsklausel“ nach § 73b Abs. 5a SGB V blockierte dieses Prinzip vorübergehend. Sinnvollerweise haben Union und SPD vergangenes Jahr den Absatz wieder aus dem Gesetz gestrichen.

EBM viel komplizierter

Angesichts dieser grundlegenden Unterschiede verwundert es nicht, dass die Regelungen des EBM wesentlich komplexer sind als jene einer HZV-Honoraranlage. Betrachten wir als Beispiel die Vergütung von Leistungen einer besonders qualifizierten Medizinischen Fachangestellten (MFA) – Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis, VERAH®, in der HZV oder nicht-ärztliche Praxisassistentin (NäPA) im Kollektivvertrag: Seit dem ersten HZV-Vertrag (mit der AOK Baden-Württemberg seit Ende 2008) gibt es den VERAH®-Zuschlag. Praxen, die eine VERAH® beschäftigen und dies gegenüber dem HÄVG-Rechenzentrum anzeigen, erhalten automatisch einen Zuschlag in Höhe von fünf Euro auf jede abgerechnete „Chronikerpauschale“.

Seit Januar 2015 können auch im Kollektivvertrag Leistungen besonders

qualifizierter MFA als extrabudgetäre Leistung abgerechnet werden. Die Regelungen sind aber wesentlich komplizierter. Stark vereinfacht gesprochen besagen sie, dass der „NäPA-Zuschlag“ für maximal 584 Fälle (12.851 Punkte/22 Punkte) bezahlt wird, hiervon werden aber selektivvertragliche Fälle abgezogen. Eine Praxis, die im Quartal 584 oder mehr selektivvertragliche Fälle behandelt, bekommt daher – unabhängig von der Fallzahl im Kollektivvertrag, um den es hier gehen sollte – den Höchstwert von null Punkten, also null Euro! Diese Regelungen können Außenstehende kaum nachvollziehen. Die Konsequenz ist, dass ein Großteil des zur Verfügung stehenden Geldes nicht abgerufen wird, bzw. von den Hausärzten gar nicht abgerufen werden kann! Immerhin kann der Zuschlag nicht negativ werden und wird von der KV zugesetzt.

Klare Strukturen

Die Ermittlung der Höhe der Gesamtvergütung im Kollektivvertrag zwischen Kassen und KVen ist für die meisten niedergelassenen Ärzte intransparent, zumindest aber undurchsichtig komplex. Gleiches gilt für die Berechnung der Honorare zwischen Ärzten und KVen. In Selektivverträgen hingegen ist beides einfacher: Sowohl die Beziehungen zwischen Kassen und Managementgesellschaft der Hausärzteverbände können Ärzte leicht nachvollziehen als auch das Verhältnis zwischen Ärzten und Managementgesellschaft. Es ist also durchaus möglich, auch bei sehr großen Beträgen, eine transparente und für jeden verständliche Struktur zwischen Kassen und niedergelassenen Ärzten zu etablieren. Ein Vergleich zwischen Kollektivvertrag und Selektivvertrag auf dieser Ebene fällt daher leicht: Der Selektivvertrag ist einfacher und vor allem deutlich transparenter!