

Pro und Kontra BARMER-Hausärztevertrag

Selten hat ein Vertragswerk die Ärzteschaft so beschäftigt und polarisiert wie der BARMER Hausärztevertrag. Dies verwundert nicht, handelt es sich hier doch um den ersten bundesweiten Vertrag, der potentiell allen Hausärzten offen steht. Aus Sicht des BDA-Verbandes ist der Vertrag sicher ein Erfolg. Aber ist dieser Vertrag tatsächlich ein Erfolg für den einzelnen Hausarzt, oder führt er eher in ein mögliches Desaster? Als Hausarzt möchte ich mich dazu dezidiert äußern, selbstverständlich versuche ich als Hartmannbündler den Vertrag nicht nur hausarztzentriert zu betrachten, sondern als niedergelassener Vertragsarzt, der frei von überbordenden Bürokratismus und frei von Kasseneingriffen schlicht ärztlich tätig sein will.

Teilnehmen oder nicht?

Im Gespräch mit Kollegen fällt auf, dass enorm viele Hausärzte den Vertrag aus tiefer Überzeugung ablehnen, sich aber gleichwohl – aus Angst, Patienten zu verlieren – bei der Kasse einschreiben. So kenne ich verschiedene am Vertrag teilnehmende Ärzte, die mit Merkblättern ihre Patienten im Wartezimmer vor eben jenem Vertrag warnen, in den sie sich selber eingeschrieben haben. Ca. 26.000 Hausärzte und etwa 14.000 Apotheken nehmen bis dato an dem Vertrag teil. Gehen wir ganz nüchtern an die Betrachtung heran. Jeder kann ja für sich entscheiden, ob er in seiner Praxis den Vertrag aus Überzeugung und nicht mit laschem Herzen umsetzen möchte, oder ob er den Vertrag ablehnt. Beiden Lesergruppen möchte ich so neutral wie möglich Argumente liefern.

Der Vertrag entspringt sicher nicht der bösen Absicht, Unfrieden in die Ärzteschaft zu tragen. Eher möchte man nicht abwarten, bis kleine Facharztgruppen und vor allem Krankenhäuser die zur Förderung der Integrierten Versorgung bereitgestellten Mittel aus der Gesamtvergütung alleine für sich reklamieren. Bis Februar betrug die Zahl der bundesweit gemeldeten Verträge 438 mit einem Vergütungsvolumen von über 194 Millionen Euro. Niedergelassene Ärzte waren aber nur an rund einem Drittel dieser Vereinbarungen beteiligt. Der BARMER-Vertrag beansprucht 0,58 % des BARMER-IV-Anschubvolumens, davon 0,17 % aus Honorarabzügen bei Vertragsärzten und 0,6 % aus der Krankenhausvergütung. Zusätzlich sollen 20 Mio. Euro aus eigenen Mitteln (BARMER) hineinfließen. Nur: Wo-



Dr. med. Thomas Lipp

her nimmt die BARMER zusätzliche 20 Mio. Euro? Da die BARMER nur über Einnahmen aus der GKV verfügen kann, wird auch diese Summe in der Konsequenz der Gesamtvergütung entzogen. Daneben möchte der BDA eine gewisse Qualitätsoffensive starten.

Ein solcher Vertrag kann auf zwei Paragraphen fußen. Zum einen auf der Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen mit besonders qualifizierten Hausärzten bzw. Medizinischen Versorgungszentren. Dabei sollen besondere sachliche und personelle Qualitätsanforderungen für teilnehmende Hausärzte fixiert werden. Und es soll keinen Anspruch auf Vertragsschluss für den einzelnen Arzt geben, lediglich diskriminierungsfreie Auswahl muss gesichert sein. Die Inhalte der Vereinbarungen sollen im Rahmen der Gesamtverträge mit den KVen abgeschlossen werden, wobei die Teilnahme für Versicherte freiwillig sein muss. Dafür können die Krankenkassen den Versicherten einen Bonus für die Teilnahme gewähren. Das ist der klassische Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V.

Und zum anderen auf § 140 a ff. SGB V. Der BARMER-Vertrag ist ein bundesweiter Vertrag nach § 140 a ff. SGB V zwischen BARMER-Ersatzkasse und der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft e.G. (HÄVG). Diese wurde gegründet, da der BDA als Verband nicht Vertragspartner werden konnte. Die Vertragsabwicklung und Abrechnung erfolgt über die HÄGV des Deutschen Hausärzteverbandes. Außerdem kam die MGDA-Marketinggesellschaft Deutscher Apotheker mbH mit ins Boot. Das ist alles völlig korrekt und

sauber und die Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung (1%-Regelung) nach § 140 d SGB V wurde ins Kalkül gezogen. Dieser Topf wurde ja bisher allein von kleinen Facharztgruppen und Krankenhäusern genutzt, wird aber als Vorwegabzug aus der Gesamtvergütung entnommen, also von allen Ärzten durch Honorarverzicht gespeist.

Fazit bis hierher: Als Vertrag nach § 73 b, als gesetzlich geforderter Hausarztvertrag geplant, ist er vom Wesen her ein Vertrag nach § 140 a ff SGB V, also ein Integrationsvertrag. Die Frage ist, ob der Vertrag inhaltlich halten kann, was er verspricht und was bei der vorgesehenen Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt integrativ sein soll?

Vorteile des Vertrages?

Betrachten wir als erstes den Vertrag aus der Sicht der BARMER-Versicherten.

Der Patient legt sich auf einen gewählten Hausarzt für mindestens ein Jahr fest und nimmt den Facharzt grundsätzlich nur auf qualifizierte Überweisung durch den Hausarzt in Anspruch, ausgenommen von dieser Regelung sind Gynäkologen, Augenärzte, der Vertretungsfall, die urlaubsbedingten Abwesenheit und für die Inanspruchnahme des Notdienstes. Hier wird die Idee das erste Mal von der Realität eingeholt. Zwar ist es unzweifelhaft, dass der Kranke einen Lotsen, Sammler und Ordner seiner Krankengeschichte braucht und dies der Hausarzt sein sollte. Dieser Bedarf wird allerdings viel besser durch die Berichtspflicht im neuen EBM realisiert. Außerdem haben, zumindest im Großraum Mitteldeutschland, fast alle Patienten ihren Hausarzt und die Forderung des Vertrages wird hier bereits seit Jahrzehnten umgesetzt. Viele Fachärzte drängen die Patienten bereits, sich erst beim Hausarzt zu melden, wohl wissend, dass eine suffiziente Hausarztschiene den Spezialisten entlastet. Die Einführung der Praxisgebühr hat dieses Vorgehen gestärkt: Die Patienten stürmen seither wegen erforderlicher Überweisungsscheine am Quartalsanfang die Praxen, Überweisungsscheine werden zu Hunderten ausgestellt und eine objektive Zuwendung und Hinterfragung, ob die Überweisungen indiziert sind, findet ob der Menge kaum statt. Im Vertrag steht nun, dass man jede Überweisung gezielt und bewusst überprüfen muss. Hat sich mal jemand am Quartalsbeginn in einer Hausarztpraxis umgesehen? Wie soll das denn umgesetzt werden? Außerdem, leicht

spitz formuliert, bin ich ja über jeden froh, der primär zum Quartalsanfang zum Facharzt geht und dort die 10 Euro bezahlt. Denn dann habe ich die Verwaltungskosten nicht am Hals. Jetzt ist es ja leider so, dass die Praxisgebühr quasi allein von den Hausärzten für die Kassen eingezogen wird und die Hausärzte mit dem damit verbundenen Verwaltungsaufwand als Fachgruppe zum großen Teil die Kassen subventionieren.

Neben dem Hausarzt legt der Patient sich auch auf eine gewählte Hausapotheke fest. Für diese Bereitschaft wird ihm eine Bonusregelung gewährt. Er zahlt einmalig als Jahreseintrittsgebühr die 10 Euro, spart damit bei der Praxisgebühr bis zu 30 Euro im Jahr. Außerdem bekommt er einen Rabatt auf nicht verschreibungspflichtige apothekenübliche Waren in Höhe von 3 Prozent des Abgabepreises der Apotheke (ab 250 Euro p. a. zusätzlich 2 Prozent). Allerdings fällt mir hier der Spruch ein: Der „Rabatt, das lass dir sagen, der wird vorher draufgeschlagen“.

Aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte bringt der Vertrag erst einmal eine außerbudgetäre Zusatzvergütung (Einschreibepauschale, Integrationspauschale, Präventions-Check, etc.), die über 50 Euro pro teilnehmenden Patient/Jahr ausmacht, also als 5. Quartalszahlung zu empfinden ist. Außerdem wird gegebenenfalls eine Beteiligung an realisierten Einsparungen in Aussicht gestellt. Dafür hat der Hausarzt die Pflicht, Leitlinien und Kooperationsregeln einzuhalten. Auf diese Weise werden die Leitlinien, die ja auf Evidence Based Medicine (EBM) beruhen, Übergewicht. Nicht umsonst finden auf Bundesebene in der Frage EBM heftige Auseinandersetzungen zwischen dem Bundesausschuss, den Kassen und Krankenhäusern statt. EBM-Medizin ist durchaus fachlich und statistisch umstritten, gleichwohl sinnvoll. Und in diese zu Recht innerärztliche Diskussion wird einer Krankenkasse über den Vertrag Zutritt verschafft. Unter der absolut unverrückbaren Prämisse, dass die BARMER mit so einem Vertrag nur eines möchte: letztlich die Kosten drücken. Für Kassen ist das gleichbedeutend mit Qualität. Des Weiteren unterwirft sich der teilnehmende Arzt der Pflicht zur regelmäßigen Fortbildung (vier Qualitätszirkel pro Jahr). Dieser Punkt ist ja über die Kammer und Berufsordnung schon überreglementiert, eigentlich eine Selbstverständlichkeit und sollte überlesen werden können. Allerdings

wird im Anhang des Vertrages der Inhalt präzisiert, die Stundenzahl, die Inhalte sowie die Struktur vorgegeben. Hier werden kammerrechtliche Fragen tangiert. Das ist an sich wenig bedenklich, bekommt aber vor dem Hintergrund Bedeutung, dass einige Strategen des Hausärzterverbandes über eine Nicht-Repräsentation im Bundesärztekammervorstand sehr erbost sind und schon laut über eine eigene Hausärztekammer nachdachten, analog, wie sie eigene Hausarzt-KVen immer wieder ins Spiel bringen. Ihr Ärger besteht zu Recht und ist verständlich, aber, und das ist unverzeihlich: Bekommen Kassen in unserer Fortbildungsfrage plötzlich ein Mitspracherecht eingeräumt?

Fangprämie für DMP

Die Ausstattung mit EDV- und Praxissoftware ist eine Selbstverständlichkeit und bleibt unkommentiert.

Weniger aber die Pflicht zur Durchführung von DMP, deren fachlicher Sinn mehr als zweifelhaft ist und aus Sicht der BARMER das eigentliche Ziel des Vertrages sein dürfte. Denn hier lohnt sich die Mühe. Eigentlich ist der BARMER-Vertrag ein DMP-Zutreibevertrag. Dies ist sehr lukrativ, allerdings nur für die BARMER. Denn für jeden eingeschriebenen Patienten bekommt sie zwischen 3700 und 5200 Euro aus dem Risikostrukturausgleich. Der Arzt erhält eine Fangprämie von vier Euro pro gewonnenen DMP-Patienten. Darüber hinaus verpflichtet sich der teilnehmende Arzt zur wirtschaftlichen Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und auch Krankenhausbehandlungen (BARMER-Transparenzlisten). Ein Satz, der nicht weh tut und von uns allen unterschrieben werden kann. Lesen sie aber die Anhänge. Und sie lesen, dass sie sich zur Generikaverschreibung verpflichten. Haben sie gelesen, dass sie keine Me-too-Präparate, also so genannte Scheininnovationen verschreiben sollen? Nur, was sind Scheininnovationen. Die Ärzteschaft streitet trefflich in ihren Fachgesellschaften in Auseinandersetzung mit Pharmakologen, was denn nun Me-too-Präparate sind, oder sind es vielleicht doch schon Schrittinnovationen? Und in diese Fachdiskussion, die nur von Ärzten geführt werden kann und darf, wird durch den Vertrag den Kassen Mitspracherecht eingeräumt! Die Kassen bekommen mit dem Vertrag ganz sacht und subcutan Zugang zu unseren Intimräumen (ein unverzeihlicher ordnungs-

politischer Fehler) und hoffen über dieses Eindringen in die ärztliche Entscheidungsfreiheit 300 Mio. Euro Einsparpotential im Arzneimittelsektor realisieren zu können. Hinzu kommt, dass die BARMER für die teilnehmenden Ärzte Listen von Krankenhäusern erstellt, in die eingewiesen werden darf. Hier erfolgt eine sicher nicht medizinisch zu begründende Selektion! Einer Einkaufspolitik der Kassen wird das Tor geöffnet. Mich hat das bisherige Ruhighalten der Deutsche Krankenhausgesellschaft sehr gewundert. Der nächste Schritt ist das Einkaufen der Fachärzte. Wollen wir dieser Politik Vorschub leisten? Denn irgendwann werden auch Hausärzte eingekauft.

Hier besteht die Gefahr, dass unser steter Kampf gegen Fehlentwicklungen und gegen die Abschaffung der Freiberuflichkeit konterkariert wird und damit Entwicklungen Vorschub geleistet wird, gegen die wir uns als Ärzteschaft, inklusive des Berufsverband Deutscher Allgemeinmediziner, massiv wehren. Hier droht uns allen wirkliche Gefahr.

Fallstricke im Kleingedruckten

Insgesamt ist der Wortlaut des Vertrag unauffällig. Die Entscheidung Pro oder Kontra Vertragsbeitritt lässt sich allerdings erst nach der Lektüre des 40-seitigen Anhangs treffen. Und dort schlummern die echten Sprengsätze. Als Hausarzt empfinde ich das als Mogelpackung, berufspolitisch betrachtet befürchte ich den überhand nehmenden Einfluss der Krankenkassen auf das Therapiegeschehen.

Gewinner und Verlierer

Gewinner des Vertrages sind neben der Kasse die Apotheker. Sie bekommen die Apotheken-Integrationspauschale und gegebenenfalls eine Beteiligung an realisierten Einsparungen. Dafür müssen sie sich zur Beratung der Patienten in Arzneimittelfragen verpflichten. Bisher dachte ich immer, das sei eine Selbstverständlichkeit. Wenn nicht, brauchen wir keine Apotheken, dann kann der Vertrieb auch über Drogerien erfolgen. Oder? Und es erfolgt eine patientenbezogene Dokumentation (Medikationsliste, Patientendatei). Die Verpflichtung zum Home-Service ist in Zeiten der Internetapotheken sowieso ein Selbstläufer. Das muss nicht vertraglich fixiert werden. Interessant ist der Ausbau des Check-up in der Apotheke. Hier zeigen sich zwei teils ambivalent empfundene Probleme. In Zeiten des Ärzteman-

gels kann ich froh sein, wenn mir Banalitäten abgenommen werden und der Apotheker im Vorfeld schon einiges regeln kann. Andererseits zeigt sich auch hier wieder ein Strukturbruch. Erstmals mit und durch Ärzte werden die Apotheker in den diagnostischen Bereich vorgelassen. Im Gegenzug möchte ich dann auch das Dispensierrecht.

Zugriff auf Arzthonorar

Nebenbei ist durch die günstigeren Apotheken Check-up, deren Qualität bezweifelt wird, ein Preisverfall zu befürchten. Machen Sie sich keine Illusionen, das ist wie in der Autozulieferindustrie. Den Zuschlag kriegt der Billigste und der prägt die Messlatte.

Des Weiteren stellt sich die Frage nach der Herkunft der Integrationspauschale für Apotheker. Ganz einfach. Sie kommt aus dem Topf zur Förderung der Integrierten Versorgung, also aus Teilen der Gesamtvergütung für Ärzte. Mit Lippenbekenntnissen wird der Zugriff der Apotheker auf das Arzthonorar verneint, es fragt sich nur, woher die Gelder sonst kommen sollen. Hier wird wiederum eine fremde Berufsgruppe mit Honoraren der Ärzteschaft alimentiert. Viele sahen damals bei den Psychotherapeuten die Gefahr nicht, dass die Honorare der Fachärzte damit ausgesaugt werden. Und auch mit diesem Vertrag werden weitere potentielle Möglichkeiten von Honorarminderungen und Alimentierungen anderer Berufsgruppen geschaffen. Beim nächsten Vertrag sind es die Podologen und Logopäden, die von Honorarabflüssen profitieren?

Einsparung Hauptziel

Zusammenfassend kann man bewerten, dass das Ziel des Vertrages die forcierte Einsparungen bei Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und Krankenhausverordnung ist, flankiert durch das Hauptziel, der Forcierung der DMP-Verträge.

Die Finanzierung erfolgt zu Lasten der Krankenhäuser, der Fachärzte und nicht teilneh-

mender Hausärzte über die integrierte Versorgungsregelung (hier müssen aber alle Verträge kritisch betrachtet werden).

Es kommt zu Mitfinanzierung und damit Alimentierung der Apotheken aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, und sicher zu keiner Verbesserung der Versorgungsqualität für den Versicherten. Nicht umsonst ist der ehemalige Chef des Berufsverbandes Deutscher Allgemeinmediziner, Prof. Kossow, ein strikter Gegner des Vertrages. Außerdem ist mir kein Evaluationskonzept bekannt. Das ist um so verwunderlicher bei der Novität eines solchen Vertrages und seiner bundespolitischen Bedeutung. Allerdings ist es auch klar, dass bei der Interessenlage der Kassen eine Evaluierung nicht zwingend erforderlich im Sinne von gewünscht ist. Der Vertrag ist bis Ende 2006 befristet. Offen ist die Fortführung nach Ablauf der 1 Prozent-Anschubfinanzierung, gegebenenfalls wird eine weitere Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung in einigen KV-Bezirken notwendig.

Fazit: Bürokratie wächst

Bisher völlig unreflektiert ist der zunehmende bürokratische Aufwand. Wie stellen wir uns denn in Zukunft die Versorgung vor? Der Patient kommt in die Sprechstunde und ich muss zunächst differenzieren nach Kasse, nimmt er am DMP- oder Bonusprogrammen teil, beteiligt er sich an Sonderverträgen, was ist bei Wohnort oder Kassenwechsel. Und das in durch demographische Faktoren zunehmend überlaufender Praxen.

Fazit: Es kommt ohne Zweifel, wenn auch nicht sofort als Nachteil zu spüren, zu

- einer Erosion der freien (Haus-)Arzt- und Apothekenwahl,
- einer Einschränkung unserer Therapiefreiheit,
- mit dem Fortbildungsprogramm wird der Eingriff in die Kammerhoheit versucht (Kassenmitsprache),

- die Verpflichtung zur noch weiteren verstärkten Verordnung von Generika und der
- Verzicht auf angebliche und von den Kassen definierte Pseudoinnovationen verstärkt direkt den Einfluss auf unser therapeutisches Handeln. Wir sollten uns verpflichten zu Diagnostik und Therapie nach dem Stand des Wissens und unserer ethischen Grundsätze. Und nicht die Verpflichtung zu Einsparungen bei Verordnungen prämiieren und in den Vordergrund stellen!
- ein Einfluss auf Krankenhaus-Auswahl nach Billigst-Kriterien muss von uns schon aus Qualitätsgründen hinterfragt werden. Vor allem, wenn allein die Sofortkosten das Maß aller Dinge sein sollen,
- ob eine wechselseitige Kontrolle der Ärzte und Apotheker wirklich wechselseitig ist, bleibt illusorisch, da jetzt schon die Apothekerschaft die Verordnungen der Ärzte nach merkantilen Gründen an den Ärzten vorbei manipuliert,
- darüber hinaus kommt es zu einem zunehmenden Wettbewerb von Beratungskompetenz zwischen Ärzten und Apothekern,
- auf jeden Fall ist die Freiwilligkeit der Teilnahme von Patient und Arzt formal nicht in Frage gestellt und wird allein durch finanzielle Anreize gesteuert.

Das eigentliche Ziel ist letztlich Kostendämpfung und DMP-Optimierung für die BARMER. Und obwohl der Vertrag in vielen Dingen simpel scheint und wenig Gefahr für den einzelnen Arzt birgt, enthält er en masse ordnungspolitische Kardinalfehler, die die Position der Hausärzte und der Ärzteschaft als solche zukünftig erheblich gefährden können.

Dr. med. Thomas Lipp, Leipzig
Vorsitzender des Hartmannbundes,
Landesverband Sachsen
Mitglied der Kammerversammlung