

...glauben Sie nicht alles, was die Gegner erzählen...

Die zehn Mythen zum HZV

Mythos 1: Der Hausarzt wird zum „Kassen-Arzt“...

In der HZV besteht – ebenso wie im KV-System – keine direkte Vertragsbeziehung zwischen der Kasse und dem teilnehmenden Hausarzt, sondern zwischen dem Arzt und der Gemeinschaft im Sinne des §73b. Es besteht auch keine direkte IT-Beziehung zwischen der Kasse und dem Hausarzt, wie HZV-Kritiker gerne behaupten. Die Kassen erhalten im Rahmen der HZV-Verträge die gleichen gesetzlich vorgeschriebenen Daten wie im KV-System. Die mit den HZV-Verträgen erreichte Tarifautonomiesteigert die Wettbewerbsfähigkeit der Hausärzte und verringert die einseitige Abhängigkeit von der KV-Vergütung mit RLV und QZV.

Mythos 2: Die HZV-Verträge sind finanziell nicht wirklich attraktiv...

In der HZV gibt es ein klar kalkulierbares Honorar in Euro und Cent, beim Techniker Vertrag etwa 72 Euro, wodurch nach Abzug der Kosten ca. 65 Euro beim Arzt verbleiben.

Mythos 3: Viele Leistungen sind in den Pauschalen versenkt worden...

Die Philosophie des HZV-Vergütungssystems setzt auf eine gesunde Kombination aus Pauschalen und Einzelleistungen. Kontaktunabhängige Pauschalen wie bei der IKK classic können die Anzahl der Arztbesuche nachhaltig reduzieren und sind die Voraussetzung für eine verbesserte Kontaktqualität. Hausarztrelevante Einzelleistungen werden ebenso vergütet. Der für einen Hausarzt betriebswirtschaftlich notwendige HZV-Fallwert von 75-80 Euro wurde sorgfältig berechnet. Hierfür wurden alle hausärztlichen EBM-Ziffern mit ihren Häufigkeiten und einem angemessenen Euro-Betrag je Leistung einbezogen. Mit dem neuen Vergütungssystem wird so das unterschiedliche Leistungsspektrum der Hausärzte im Sinne einer Mischkalkulation angemessen abgebildet. Wichtig ist, dass die HZV nicht für eine kleine Praxis mit starker Spezialisierung ausgelegt ist, sondern für typische Vollversorgerpraxen, die das Gros der hausärztlichen Versorgungslast tragen.

Mythos 4: Bei der HZV geht es den Ärzten immer nur ums Geld...

Oft hört man den Vorwurf, den Hausärzten ginge es bei der HZV nur um mehr Geld. Grundsätzlich sind die höheren Honorare nicht nur wirtschaftlich notwendig, sondern auch inhaltlich gerechtfertigt, weil das Leistungsspektrum ausgedehnt ist, zusätzliche Serviceleistungen angeboten werden und der Arzt obligatorisch an einer Reihe qualitätsverbessernder Maßnahmen teilnimmt. Für das Verständnis der Öffentlichkeit ist aber entscheidend, immer wieder zu betonen, warum der Gesetzgeber die Hausarztzentrierte Versorgung im § 73b des Sozialgesetzbuches V verpflichtend verankert hat. Es geht um die Lösung eines der dringenden versorgungspolitischen Probleme unseres Landes: Und zwar um die mit dem demografischen Wandel einhergehenden Verschiebungen des Morbiditätsspektrums mit hoher Prävalenz von Einzelerkrankungen sowie einem hohen Ausmaß an Komorbiditäten und Hochrisikokonstellationen. Diese führen gerade in der Hausarztpraxis zu einer immer stärkeren Arbeitsbelastung und zu komplexen Anforderungen an Therapie und Management dieser Patienten. *Mit anderen Worten:* HZV-Verträge nach dem Vorbild des „alten AOK-Vertrages“ oder des TK-Vertrages sind eine politisch gewollte und notwendige Voraussetzung für eine Aufwertung des Hausarztberufes durch eine systematische Stärkung und Sicherstellung der wohnortnahen hausärztlichen Versorgungsstrukturen – gerade für unsere vielen älteren Patienten.

Mythos 5: Die Vertragssoftware ist nur überflüssige Bürokratie...

Die Vertragssoftware ist ein wichtiger Baustein für die Sicherung der eigenständigen Tarifhoheit und stellt eine Voraussetzung für eine reibungslose Teilnahme dar. Sie ist deshalb eine notwendige Investition für jeden teilnehmenden Arzt. Zu Beginn der HZV gab es damit, wie bei den meisten

Neueinführungen von Software, einige Probleme. Mittlerweile läuft die Software bei allen Herstellern nahezu problemlos und ist in die normale Praxissoftware gut integrierbar. Nach der notwendigen Einarbeitungszeit des Praxisteams verläuft die Abrechnung nicht nur deutlich einfacher, sondern spart im Vergleich zur KV-Abrechnung auch Zeit.

Mythos 6: Die Datenschutzfrage ist nicht geklärt...

Das Infektionsschutzgesetz, das nach Billigung durch den Bundesrat am 8. Juli 2012 in Kraft getreten ist, schafft endlich Rechtssicherheit für die Abrechnung von Selektivverträgen nach den Paragraphen 73b und 73c SGB V. Dafür sorgt der neue § 295a, der in das Sozialgesetzbuch V eingefügt wurde. In ihm steht explizit, dass Ärzte Patientendaten zur Abrechnung von Leistungen aus 73b-, 73c- oder 140a-Verträgen an den Vertragspartner auf Leistungserbringerseite oder eine von diesem beauftragte – auch privatrechtliche, wie die HÄVG Rechenzentrum (RZ) AG – andere Stelle übermitteln dürfen. Voraussetzung ist, dass der Versicherte vor Abgabe der HZV-Teilnahmeerklärung umfassend über die Datenermittlung aufgeklärt wurde und schriftlich eingewilligt hat.

Mythos 7: Die Therapiefreiheit des Arztes wird eingeschränkt...

Die Therapiefreiheit des Arztes ist weiterhin gegeben. Der Arzt bleibt auch in der Auswahl der Medikamente frei, ist aber - wie seit Jahren im KV-System üblich - im Rahmen seiner Therapiefreiheit und seiner ärztlichen Verantwortung zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise verpflichtet. Zur systematischen Förderung und Optimierung seiner eigenen Versorgungssteuerung nimmt der Arzt auf Basis hausärztlicher Leitlinien regelmäßig an Qualitätszirkeln zu hausarzttypischen Themen teil (zum Beispiel Palliativ- oder Schmerztherapie). Diese interaktiven und pharmakonabhängigen Veranstaltungen werden von der großen Mehrzahl der Teilnehmer als ausgesprochen hilfreich bewertet.

Mythos 8: Die Aufgaben und die Rolle der HÄVG ist unklar...

Zum Abschluss und zur Umsetzung der HZV-Verträge benötigt die Hausärzteschaft eine entsprechende professionelle Infrastruktur mit qualifizierten Mitarbeitern, welche von der HÄVG RZ AG zur Verfügung gestellt werden. Zu ihren Hauptaufgaben zählen die zur Verfügungstellung eines leistungsfähigen Abrechnungszentrums inklusive komfortabler und sicherer Daten-Übertragungswege und einer praxisorientierten Serviceorganisation zur Vertragsabwicklung. Im Vergleich zu den Strukturen auf KV oder Kassenseite sind die HÄVG-Strukturen – zum Vorteil der teilnehmenden Hausärzte – sehr schlank und kosteneffizient gehalten. In dem Maße sind deshalb auch Verträge und Kooperationen mit anderen Dienstleistern sinnvoll und geboten, die unter anderem zur kostengünstigen Entwicklung und Pflege von Softwareangeboten oder anderen Dienstleistungen notwendig sind.

Mythos 9: Die VERAH® ist überflüssig...

Die VERAH® ist eine wichtige Investition in der Zukunft der Praxis. Die Ausbildung ist explizit auf die Bedürfnisse in der Hausarztpraxis ausgerichtet und deshalb die sinnvollste Fortbildung für Medizinische Fachangestellte (MFA). Sie ermöglicht dem Arzt, einen Teil seiner Arbeit – insbesondere bei der Behandlung chronisch kranker Patienten – qualifiziert und rechtssicher zu delegieren. Damit können Praxisprozesse mit qualifiziertem Personal optimiert und engagierte MFAs zusätzlich motiviert werden. Diese Entlastung wird im HZV-Vertrag von der Krankenkasse wie der LKK und Vereinigung IKK extra vergütet, so dass sich die Ausbildungskosten auch relativ schnell amortisieren werden. Ein wichtiges Ziel des HÄV bleibt deshalb, die VERAH®- Vergütung auch in weiteren Verträgen zu verankern.

Mythos 10: Funktioniert der Vertrag nicht, steht der Arzt vor dem Nichts...

Da die Vertragsteilnahme freiwillig ist, können Ärzte bei Unzufriedenheit grundsätzlich ihre Teilnahme gemäß den vertraglichen Kündigungsfristen kündigen und in das KV-System zurückkehren. Ziel des HÄV ist und bleibt es, die hausärztliche Vertrags- und Tarifautonomie mittels flächendeckender Vollversorgungsverträge sicherzustellen, so dass die HZV als unverzichtbares zweites Standbein allen Hausärzten auf freiwilliger Basis langfristig erhalten bleibt.