

Hausärztliche Versorgung

Vertrag zwischen KBV und Krankenkassen geschlossen

Rund acht Monate nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes liegt nunmehr der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgeschlossene Vertrag über die hausärztliche Versorgung vor (siehe nachfolgende Bekanntgabe). Er wird zum 1. Januar 1994 in Kraft treten.

Der Auftrag zur Gliederung der kassenärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung war bereits im Gesundheits-Reformgesetz des Jahres 1989 enthalten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat in der Folgezeit versucht, diesen Handlungsauftrag so umzusetzen, daß insbesondere ein sogenanntes „Primärarztmodell“, wie es vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen propagiert wird, durch eine vernünftige Gliederung des ärztlichen Leistungsangebotes vermieden wird. Die nunmehr im Gesundheitsstrukturgesetz zum 1. Januar 1993 in Kraft getretene detaillierte Gliederung der kassenärztlichen Versorgung hat zu einer erheblichen Verunsicherung unter den Kassenärzten geführt. Es ist deswegen erforderlich, die jetzt durch die vertragliche Vereinbarung konkretisierte gesetzliche Regelung in ihren Auswirkungen auf die kassenärztliche Tätigkeit zu erläutern.

Die gesetzliche Neuregelung in § 73 Abs. 1 SGB V zielt im wesentlichen darauf ab, der hausärztlichen Versorgung neben der fachärztlichen Versorgung den Stellenwert einzuräumen, der in Grundsatzbeschlüssen der Ärzteschaft immer wieder gefordert worden ist. Das rasche Zustandekommen eines „Hausarztvertrages“ war erforderlich, weil bereits zum Ende des Jahres eine sich auch auf die kassenärztliche Versorgung beziehende Neustrukturierung des Labors gesetzlich vorgeschrieben ist und das Gesundheitsstrukturgesetz für die Zeit ab 1. Januar 1999 eine Bedarfszulassung nach gesetzlich festgelegten Verhältniszahlen vorsieht. Spätestens zu diesem Zeitpunkt werden gesonderte Verhältniszahlen für die Zulassung als Hausarzt und die Zulassung als Facharzt vorgegeben.

Einführung in drei Stufen

Die Gliederung in hausärztliche und fachärztliche Versorgung wird – unter Zugrundelegung der gesetzlichen Zeit-

vorgaben – in drei Stufen erfolgen. Im Anschluß an die nunmehr erfolgte Festlegung der Grundsätze der Gliederung und der Struktur der hausärztlichen Versorgung soll bis Ende 1994 die Abgrenzung zur fachärztlichen Versorgung dadurch definiert werden, daß eine Liste der nicht in der hausärztlichen Versorgung zu vergütenden Leistungen erstellt wird. Rechtzeitig vor dem 1. Januar 1996 sollen dann auch die Bestimmungen zur geplanten hausärztlichen Grundvergütung ausgearbeitet sein.

Erst wenn beide ergänzenden Regelungsbereiche bekannt sind, also sowohl der Umfang der in der hausärztlichen Versorgung erbringbaren Leistungen als auch Art und Höhe der hausärztlichen Grundvergütung, kann den Internisten und Kinderärzten zugemutet werden, sich für die hausärztliche oder die fachärztliche Versorgung zu entscheiden. Aus diesem Grunde nehmen Internisten und Kinderärzte ohne Schwerpunktbezeichnung bis zum 31. Dezember 1995 sozusagen „automatisch“ an der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung teil. Dies gilt aufgrund vertraglicher Vereinbarungen im Ergebnis auch für solche Internisten und Kinderärzte, die sich erst nach dem 1. Januar 1993 niederlassen.

Weiterhin Recht auf freie Arztwahl

Hervorzuheben ist, daß die Gliederung sich auf eine Differenzierung des Leistungsangebotes an den Versicherten beschränkt, ohne das *Recht auf freie Arztwahl* und damit auf den direkten Zugang auch zur fachärztlichen Versorgung zu beeinträchtigen. Auch künftig kann der Facharzt daher Krankenscheine beziehungsweise die Krankenversichertenkarte annehmen. Ausgenommen bleiben nur die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik beziehungsweise Radiologie sowie Strahlentherapie, die be-

reits derzeit nach Maßgabe der Bundesmantelverträge nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können.

Die *hausärztlichen Versorgungsaufgaben* werden in § 2 des Vertrages detailliert beschrieben. Wichtig gerade für die innerärztliche Akzeptanz ist die Feststellung in Abs. 2, daß diese Aufgaben im Rahmen der Kompetenz aller drei beteiligten Fachgebiete (Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Kinderheilkunde) *gleichermaßen* abgedeckt werden, wenn auch mit unterschiedlichen Grundorientierungen. Auf vier Einzelaspekte des Vertrages soll auch zur Ausräumung von Mißverständnissen besonders hingewiesen werden:

1. Allgemeinärzte und Praktische Ärzte

Die Fachärzte für Allgemeinmedizin, die Praktischen Ärzte sowie die übrigen Ärzte ohne Facharztbezeichnung nehmen ab dem 1. Januar 1994 ausschließlich an der hausärztlichen Versorgung teil. Die Differenzierung zwischen „Praktischen Ärzten“ sowie „Ärzten ohne Facharztbezeichnung“ ist erforderlich, da es sich beim *Praktischen Arzt* um eine geschützte Bezeichnung handelt, auf die nicht alle Ärzte ohne Facharztbezeichnung Anspruch erheben können. Darauf hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang, daß zum 1. Januar 1994 die Pflichtweiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin als Zulassungsvoraussetzung zur hausärztlichen Versorgung eingeführt wird (bei Arztregistrierung bis 31. Dezember 1993 erst bei Zulassung ab 1. Januar 1995 wirksam).

Die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung ab dem 1. Januar 1994 hat zunächst nur sehr eingeschränkte Konsequenzen, da sowohl die Leistungsabgrenzung zur fachärztlichen Versorgung („Ausschlußkatalog“) als auch die Bestimmungen zur hausärztlichen Grundvergütung frühestens im Jahre 1995 wirksam werden. Erste Auswirkungen auf die Vergütung hausärztlicher Leistungen können sich jedoch aus der bis Ende des Jahres durchzuführenden Neustrukturierung des Labors ergeben. Im übrigen kann bereits jetzt § 3 Abs. 2 von Bedeutung sein, wonach der Zulassungsaus-schluß in begründeten Einzelfällen einem der hausärztlichen Versorgung zugewiesenen Arzt die ausschließliche Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gestatten kann (zum Beispiel Praktischer Arzt mit überwiegender Tätigkeit in der Psychotherapie oder der Phlebologie). Darüber hinaus kann der Zulassungsaus-schluß zeitlich befristete Ausnahmen von der ausschließlichen Teilnahme an der

hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung erteilen (§ 7 Abs. 2 des Vertrages), wenn eine bedarfsgerechte Versorgung anders nicht gewährleistet werden kann. Das frühzeitige Herbeiführen solcher Entscheidungen kann dem Arzt die Zukunftsplanung erleichtern.

2. Internisten und Kinderärzte

Internisten und Kinderärzten, die keine Schwerpunktbezeichnung (Teilgebetsbezeichnung) führen, steht die Wahl zwischen der Teilnahme an der hausärztlichen oder der fachärztlichen Versorgung frei. Da nur gut zehn Prozent der in der kassenärztlichen Versorgung tätigen Internisten und weniger als ein Prozent der Kinderärzte eine Schwerpunktbezeichnung führen, beläuft sich die Zahl der „wahlberechtigten“ Internisten und Kinderärzte derzeit auf rund 18 000.

Bis zum 31. Dezember 1995 haben Internisten und Kinderärzte ohne Schwerpunktbezeichnung das Recht, an der hausärztlichen und an der fachärztlichen Versorgung teilzunehmen. Sie müssen sich erst bis zum Ende des 1. Quartals 1996 mit Wirkung ab diesem Quartal für die Teilnahme an der hausärztlichen oder der fachärztlichen Versorgung entscheiden. Zu diesem Zeitpunkt werden sowohl der Leistungsumfang als auch die Vergütungsbedingungen in der hausärztlichen Versorgung bekannt sein. Die Wahlentscheidung für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung ist verbindlich. Sie kann allerdings widerrufen werden, wobei aber der Wechsel in die

fachärztliche Versorgung nicht vor Ablauf von zwei Quartalen nach dem Widerruf erfolgen darf.

Internisten und Kinderärzte ohne Schwerpunktbezeichnungen, die zunächst an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, können sich im weiteren Verlauf bis zum Beginn eines Quartales für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung mit den sich daraus ergebenden Bindungswirkungen entscheiden. Für alle ab dem 1. Januar 1996 neu zugelassenen Internisten und Kinderärzte ohne Schwerpunktbezeichnung gilt, daß im Fall der sofortigen Wahlentscheidung für die hausärztliche Versorgung diese Entscheidung bereits im Zulassungsantrag zu erklären ist.

Internisten und Kinderärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, erfüllen die besonderen hausärztlichen Versorgungsfunktionen *im Rahmen ihres jeweiligen Fachgebiets* und können daher – von den noch zu definierenden „Ausschlußleistungen“ abgesehen – unbeschadet eventuell notwendiger Fachkundenachweise die ärztlichen Leistungen ihres Fachgebiets erbringen. Dies gilt entsprechend für die Fachärzte für Allgemeinmedizin, die Praktischen Ärzte und die Ärzte ohne Facharztbezeichnung, denen – soweit die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind – die Erbringung aller Leistungen im Fachgebiet Allgemeinmedizin möglich ist. Die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten und Kinderärzte bleiben also auch bei Erfüllung ihrer „Hausarztfunktion“ Internisten bzw. Kinderärzte.

Bei einer Wahlentscheidung für die *fachärztliche* Versorgung ändert sich für Internisten und Kinderärzte nichts an ihrem durch die Weiterbildungsordnung definierten Tätigkeitsbereich. Ebenso wie etwa Chirurgen und Gynäkologen, die kein vergleichbares Wahlrecht für die hausärztliche Versorgung haben, können der Fachinternist oder Fachkinderarzt das gesamte Spektrum der Inneren Medizin beziehungsweise Kinderheilkunde, einschließlich Besuchstätigkeit, ausüben und abrechnen. Allerdings können die Abrechnungsbedingungen andere sein als in der hausärztlichen Versorgung.

3. Ausschlußkatalog in der hausärztlichen Versorgung

Bis zum 31. Dezember 1994 werden die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen eine Liste solcher Leistungen erstellen, die in der hausärztlichen Versorgung nicht erbracht und damit auch nicht vergütet werden dürfen. Dieser *Ausschlußkatalog* wird wahrscheinlich zusammen mit den Bestimmungen über die hausärztliche Grundvergütung spätestens bis zum 1. Januar 1996 in Kraft treten. Der Ausschlußkatalog wird in erster Linie solche Leistungen enthalten, für welche die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen *ausschließlich* im Rahmen einer zusätzlichen Weiterbildung im Schwerpunkt oder einer fakultativen Weiterbildung in den Fachgebieten Innere Medizin und Kinderheilkunde erworben werden können. Darüber hinaus können weitere Leistungen in den Ausschlußkatalog aufgenommen werden, wenn die hierfür erforderlichen eingehenden Kenntnisse und Erfahrungen *vorrangig* im Rahmen der Weiterbildung im Schwerpunkt oder einer fakultativen Weiterbildung oder zum Erwerb einer Fachkunde in der Inneren Medizin oder der Kinderheilkunde erworben werden können.

Der aktuelle Stand der Schwerpunkte, fakultativen Weiterbildungen und Fachkunden in den Gebieten Innere Medizin und Kinderheilkunde aufgrund der im Jahr 1992 vom Deutschen Ärztetag beschlossenen Muster-Weiterbildungsordnung ist in der *Tabelle* wiedergegeben. Die für die Formulierung des Ausschlußkatalogs bedeutsamen Richtlinien der Bundesärztekammer über den Inhalt und Umfang der Weiterbildung in den Gebieten, fakultativen Weiterbildungen und Fachkunden werden wohl nicht vor Februar 1994 vorliegen. Über die in der Muster-Weiterbildungsordnung genannten Fachkunden hinaus können weitere Fachkundenachweise in das Weiterbildungsrecht eingeführt werden, was

Tabelle: Schwerpunkte, fakultative Weiterbildungen und Fachkunden in der Inneren Medizin und der Kinderheilkunde nach der Muster-Weiterbildungsordnung 1992

	Innere Medizin	Kinderheilkunde
Schwerpunkt	<ul style="list-style-type: none"> – Angiologie – Endokrinologie – Gastroenterologie – Hämatologie/Onkologie – Kardiologie – Nephrologie – Pneumologie – Rheumatologie 	<ul style="list-style-type: none"> – Kinderkardiologie – Neonatologie
Fakultative Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> – klinische Geriatrie*) – spezielle internistische Intensivmedizin 	<ul style="list-style-type: none"> – spezielle pädiatrische Intensivmedizin
Fachkunde	<ul style="list-style-type: none"> – Laboruntersuchungen – internistische Röntgendiagnostik – Sigmoido-Koloskopie 	<ul style="list-style-type: none"> – Laboruntersuchungen
*) Die Geriatrie bleibt in jedem Fall Gegenstand der hausärztlichen Versorgung		

sich auch auf den für den Leistungsumfang in der hausärztlichen Versorgung maßgeblichen Ausschlußkatalog auswirken könnte. Mit der Frage der Einführung und inhaltlichen Abstimmung weiterer Fachkundenachweise befaßt sich ein gemeinsamer Ausschuß der KBV und der Bundesärztekammer.

Auch wenn Einzelheiten zu Umfang und Inhalt des Ausschlußkatalogs noch nicht bekannt sind, so kann doch bereits jetzt festgestellt werden, daß die mit der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung verbundene Konzentration auf das hausärztliche Leistungsspektrum – entgegen den Verhältnissen in den meisten europäischen Ländern – nicht bedeutet, daß der Hausarzt künftig auf *medizinisch-technische Leistungen* verzichten muß. Diejenigen medizinisch-technischen Leistungen nämlich, die – von der Langzeit-Elektrokardiographie bis zur B-Bild-Sonographie des Abdomens – sinnvoller Bestandteil einer bedarfsgerechten hausärztlichen Tätigkeit sein können, müssen vielmehr (ggfs. unter Nachweis entsprechender Fachkunden) auch der hausärztlichen Versorgung zugeordnet werden.

Um unbillige Härten im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des Ausschlußkataloges zu vermeiden, wurde eine *Übergangsregelung* in den Vertrag über die hausärztliche Versorgung aufgenommen. Danach können alle diejenigen Ärzte auch die in dem noch zu erstellenden Ausschlußkatalog erfaßten Leistungen bis zum 31. Dezember 2002 erbringen und abrechnen, wenn sie die betreffenden Leistungen nachweislich vor dem 1. Januar 1994 regelmäßig abgerechnet haben. Diese Übergangsregelung kann also von an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten in Anspruch genommen werden, wenn sie spätestens ab dem 1. Oktober 1993 solche Leistungen als zugelassene Kassenärzte regelmäßig erbracht und abgerechnet haben.

4. Hausärztliche Grundvergütung

In § 87 Abs.2 a SGB V heißt es zur hausärztlichen Grundvergütung: „Für die üblicherweise von Hausärzten erbrachten Leistungen, insbesondere die Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen, ist eine auf den Behandlungsfall bezogene Bewertung vorzusehen.“ Die hausärztliche Grundvergütung soll also – wie von der Kassenärzteschaft schon seit langem gefordert – insbesondere die nicht in der Gebührenordnung enthaltenen Leistungen der hausärztlichen Betreuung adäquat entgelten. Daneben sollte der Hausarzt auch künftig die in der Gebührenordnung enthaltenen Leistungen neben der hausärztlichen

Grundvergütung abrechnen können, wenn auch vielleicht – ebenso wie die Fachärzte – demnächst in anderer Weise (zum Beispiel Zusammenfassung von Gesprächsleistungen in einem Leistungscomplex).

Die beabsichtigte Einführung der hausärztlichen Grundvergütung als Vergütung für bisher nicht im Leistungsverzeichnis enthaltene Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen wirft angesichts der bis Ende 1995 währenden Honorarbudgetierung die Frage nach den Finanzierungsmöglichkeiten auf. Das Gesundheitsstrukturgesetz nennt als Finanzierungsquelle nur die „Einsparungen, die durch die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei den Laborleistungen . . . erzielt werden“ (§ 87 Abs. 4a SGB V). Das Einsparvolumen aufgrund einer Neustrukturierung des Laborbereichs wird jedoch nach Be-

rechnungen der KBV nicht annähernd genügen, die hausärztliche Grundvergütung in der zu fordernden Größenordnung von mindestens 10 DM je Behandlungsfall zu finanzieren. Das hierdurch zur Verfügung stehende Honorar könnte allenfalls ausreichen, im Sinne einer „Dokumentationspauschale“ den in der Gebührenordnung nicht erfaßten Dokumentationsaufwand in der hausärztlichen Betreuung teilweise abzudecken. Für die Finanzierung einer nach Abschluß der Budgetierungsphase zum 1. Januar 1996 einzurichtenden hausärztlichen Grundvergütung werden demgegenüber deutlich mehr Mittel von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden müssen, wenn das hohe Niveau der hausärztlichen Versorgung nicht gefährdet werden soll.

Dr. med. Lothar Krimmel
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Str. 3, 50931 Köln

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Vertrag über die hausärztliche Versorgung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Köln, – einerseits – und der AOK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bonn, der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R., Essen, der IKK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bergisch-Gladbach, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, K.d.ö.R., Kassel, die Bundesknappschaft, K.d.ö.R., Bochum, die See-Krankenkasse, K.d.ö.R., Hamburg, der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg, der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg, – andererseits – schließen gemäß § 73 Abs. 1 c SGB V den nachstehenden Vertrag über die hausärztliche Versorgung:

§ 1

Zweck des Vertrages

(1) Auf der gesetzlichen Grundlage der funktionalen Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in die hausärztliche Versorgung und die fachärztliche Versorgung (§ 73 SGB V) schaffen die Vertragspartner die ergänzenden Regelungen, um eine langfristige strukturelle Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung einzuleiten, für deren Qualität die Wahrnehmung von hausärztlichen Aufgaben durch qualifizierte niedergelassene Vertragsärzte entscheidend ist.

(2) Die Vertragspartner streben ein hohes Niveau der hausärztlichen Versorgung an. Sie muß patientengerecht und qualitätsorientiert sein. Die Vertragspartner gehen von der Kompetenz der Fachgebiete der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin und der Kinderheilkunde zur Erfüllung der in der hausärztlichen Versorgung erforderlichen Versorgungsaufgaben aus. Sie stellen fest, daß ab 1. 1. 1994 grundsätzlich nur noch

Fachärzte nach entsprechender Arztregistereintragung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden können. Sie legen diese Orientierung bei der Abgrenzung der hausärztlichen Funktionen in der Bestimmung des Aufgabenfeldes und des Qualitätsniveaus zugrunde.

(3) Die zur Entwicklung der Struktur in der hausärztlichen Versorgung notwendigen Schritte werden im Rahmen der gesetzlichen Zeitvorgaben in drei Stufen vorgenommen:

1. Festlegung der grundsätzlichen Struktur der hausärztlichen Versorgung;
2. Bestimmung von Abgrenzungen zur fachärztlichen Versorgung unter Beachtung des Weiterbildungsrechts;
3. Bestimmung der hausärztlichen Grundvergütung und sonstiger ergänzender Regelungen.

§ 2

Hausärztliche Versorgungsfunktionen

(1) Die hausärztliche Versorgung umfaßt die allgemeinen hausärztlichen