

MEDI Baden-Württemberg und Hausärzteverband legen Vertrag vor

AOK Baden-Württemberg will neues Kapitel der Hausarztversorgung ohne KV aufschlagen

Die AOK Baden-Württemberg, der regionale MEDI-Verbund und der Hausärzteverband Baden-Württemberg haben am 8. Mai 2008 ihren Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) vorgestellt. Der am 1.7.2008 beginnende Vertrag deckt die hausärztliche Versorgung bis auf die Notfallversorgung ab. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg ist (mit Ausnahme der Notfallversorgung) nicht an dieser Versorgung beteiligt, deren kollektivvertragliche Gesamtvergütung wird anteilig gekürzt.

Die Vergütung sieht im Wesentlichen sechs kontaktabhängige bzw. -unabhängige Pauschalen sowie einige Einzelleistungen vor. Die kontaktunab-

hängige Pauschale beträgt pro Jahr 65 Euro, die darüber hinaus fälligen kontaktabhängigen Pauschalen je Quartal belaufen sich auf 40 Euro. Für Chroniker gibt es – ebenfalls kontaktabhängig – 25 Euro im Quartal. Die Vertreterpauschale beträgt 12,50 Euro im Quartal. Bei 200 eingeschriebenen Patienten und 120 Arzt-Patienten-Kontakten sowie 40 Kontakten zu Chronikern kann je Patient ein maximales Pauschalhonorar von 80,42 Euro erreicht werden.

Als Einzelleistungen werden vergütet: Hausbesuche zu „Unzeiten“ (40, 25 oder 10 Euro), Krebsfrüherkennungsuntersuchungen beim Mann und bei der Frau (16 bzw. 20 Euro einmal jährlich), qualifikations- und/oder ausstat-

tungsabhängig: Sonographie-Zuschlag: 8 Euro, Kleine Chirurgie-Zuschlag: 5 Euro, Psychosomatik-Zuschlag: 6 Euro, Check-up: 2 Euro. Ein Pharmakotherapie-Zuschlag (4 Euro im Quartal) wird nur bei Verordnung mittels Vertragssoftware und bei Bevorzugung von AOK-Rabattprodukten gezahlt. Für die Influenza-Impfung bei über 60jährigen Patienten gibt es, sofern eine Mindestquote erreicht wird, 2 Euro. Für den Einsatz einer Versorgungsassistentin bei chronisch Kranken werden 5 Euro im Quartal zusätzlich bezahlt.

Viele Leistungen in der Pauschale

Zahlreiche Leistungen, darunter die regulären Hausbesuche, sind in der

Anzeige

Pos. 52

Gemach ...!

„Das ist der Anfang vom Ende der Kassenärztlichen Vereinigung“, glaubt MEDI-Chef Werner Baumgärtner. Gemach, Gemach! Bisher haben wir es nur mit Versprechungen zu tun, keinesfalls mit Beweisen, dass der neue Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) ohne die KV erfolgreicher sein wird als Verträge mit den KVen. Hergebetet werden trinitarische Formeln von einer besseren Hausarztthonorierung, von Bürokratieabbau und einer besseren Patientenversorgung.

Gewiss – die bisher veröffentlichten Vertragsinhalte scheinen finanziell lukrativer als die bisherige KV-Vergütung zu sein. Allerdings sind längst noch nicht alle Vertragsmodalitäten bekannt, sodass der Vertrag derzeit nicht genau analysiert werden kann.

Sicher, es stellt sich die Frage, warum die AOK Baden-Württemberg diesen Vertrag nicht mit der dortigen KV als Mitbewerber, sondern mit MEDI und dem Hausärzteverband abgeschlossen hat. Die AOK behauptet, die KV habe kein Mandat einer Ärztegemein-

Pauschalvergütung „versenkt“ worden, darunter das Vorhalten technischer Voraussetzungen für das Führen eines AOK-Patientenpasses, die Führung eines elektronischen oder papiergebundenen Patientenpasses, Sprechstunden an allen Werktagen sowie eine Abend(termin)sprechstunde, die Teilnahme an speziellen, strukturierten Arzneimittel-Qualitätszirkeln, die Teilnahme an den Disease-Management-Programmen Diabetes mellitus Typ 2, KHK und COPD, die Überweisung an Fachärzte erst nach Ausschöpfung aller dem Hausarzt möglichen und notwendigen Leistungen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots, die Sammlung und Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten

Befunde bei Überweisungen an den Facharzt oder ins Krankenhaus, die Begrenzung der Wartezeit für HzV-Versicherte auf 30 Minuten, die Prüfung, ob vor einer Krankenhauseinweisung ein Facharzt einzuschalten ist, Information der Patienten über spezifische AOK-Angebote, ein umfangreiches Arzneimittel-Regime mit Bevorzugung von Generika und Verordnung von Rabattprodukten, die Abgabe der eigenen Praxisdokumentation bei Arztwechsel (und Patienteneinverständnis) sowie der Einsatz einer kostenpflichtigen „Vertragssoftware“, unter anderem zur Verordnungssteuerung von Rabatt-Arzneimitteln der AOK, für die zwischen der Kasse und Pharmaherstellern Rabatte vereinbart wurden.

Bis auf die Vergütungsvereinbarung wurden alle für eine Beurteilung des Vertrages wesentlichen Anlagen des Vertrages zwischen der AOK Baden-Württemberg, MEDI und dem Hausärzterverband nicht veröffentlicht.

Die Honorarabrechnung und vertrags-technische Überwachung der Ärzte (Einhaltung der Vertragspflichten) wird auf Ärzteseite von einer Managementgesellschaft durchgeführt, die gegenüber der AOK für die Einhaltung der Vereinbarung einzustehen hat. Betrieben wird die Managementgesellschaft von Wirtschaftsunternehmen des MEDI-Verbands bzw. des Deutschen Hausärzterverbandes.

red

Kommentar



FOTO: SCHLITT

schaft für ihre Bewerbung gehabt. Tatsächlich aber will die AOK mit ihren neuen Vertragspartnern das KV-System obsolet machen. Eine Kampfansage an das KV-System, die in Baden-Württemberg unter günstigen Rahmenbedingungen stattfindet: Die KV dort ist durch innerärztliche Konflikte paralysiert.

In ihren Reihen und außerhalb agieren zwei starke KV-feindliche Ärzteverbände, die den Beweis antreten wollen, es besser zu können als die KV. Sie sind mit einer ehrgeizigen AOK-Spitze im Bunde, die ihrerseits eine Plattform sucht, sich als *der* Player im regionalen Gesundheitswesen zu platzieren. Und das mit knallharten finanziellen Interessen. Was den Ärzteverbänden jetzt an großzügiger Anschubfinanzierung für das Projekt der „schönen neuen Vertragswelt“ gewährt wird, muss sich rechnen. Zu

Beginn können die erwarteten Mehrausgaben nur zu Lasten Dritter (Krankenhäuser, Arzneimittel und ambulante Fachärzte) amortisiert werden. Und daran hängt letztlich alles: Scheitert ein solcher Plan, dann wird diese Koalition der Willigen schneller zerbrechen als den Koalitionären auf der Ärzteseite lieb sein kann.

Stellen sich hingegen relativ zügig Erfolge ein, werden die Wirtschaftlichkeitsreserven bald erschöpft sein, deren Umfang in der Diskussion ohnehin weit überschätzt wird. Wenn die AOK dann feststellt, dass sich dieser Vertrag finanziell nicht lohnt, kann sie angesichts der jetzigen Rechtslage wieder auf das bewährte KV-System zurückgreifen, während die ärztlichen Vertragspartner eine Weiterführung nicht erzwingen können.

Was folgt dann? Ein Streikaufruf zur Erzwingung eines Separatvertrages? Wären die Ärzte bereit und in der Lage, in dieser Auseinandersetzung eine längere ökonomische Durststrecke zu überstehen? Wohl kaum. Eher rücken

Auseinandersetzungen, wie sie vor 1931 zwischen den Krankenkassen und den Ärzteverbänden existierten und deren Verwerfungen zur Gründung der KVen geführt haben, wieder in den Bereich des Vorstellbaren.

Wir haben es mit einem historischen Ereignis in der Gesundheitspolitik zu tun, hat AOK-Landeschef Hoberg gesagt. Wie wahr! Denn wir werden nun Zeugen eines gesellschaftlichen Experiments, dessen Protagonisten sich eine signifikante Verbesserung gegenüber dem jetzigen System erhoffen. Die Kritiker dagegen befürchten eine mittel- bzw. langfristige Verschlechterung der ambulanten ärztlichen Versorgung, wenn der volle Wettbewerb im Gesundheitswesen ungebremst Einzug hält. Geht das Experiment schief, dann wird es freilich keine einfache Rückkehr zu vorherigen Zeiten geben, weil das KV-System zwischenzeitlich dann zu schwach oder gar abgeschafft worden ist. Sage dann niemand, er habe von diesem Risiko nicht gewusst.

*Dusan Tesic,
Diplom-Volkswirt, Hauptgeschäftsführer
der KV Berlin*