NEUE VERSORGUNG

Gesund in Baden-Württemberg

August 2013

Bundestagswahl 2013 – Hausarzt- und Facharztverträgen gehört die Zukunft

Erfolgskonzept Baden-Württemberg: So funktioniert die Zusammenarbeit in den Praxen

Editorial	2	Gesunde Strukturen – gesucht und gefunden
Aktuelles	4	Neues zu den Verträgen
Leitartikel	7	Die Gesundheitsversorgung braucht mehr Integration und Wettbewerb Von Prof. Dr. Eberhard Wille, Universität Mannheim
Standpunkte	12	Keine Innovationen ohne Freiraum für Investitionen
Kurzbewertung	18	Dauerbaustelle EBM
Erfolgskonzept Baden-Württemberg		**So funktioniert die Zusammenarbeit in den Praxen**
	20	Auf dem Weg zur ambulanten Vollversorgung
	22	Feste Preise – wir zeigen, dass es möglich ist
	24	Sicherer kalkulieren, intensiver kommunizieren, besser therapieren
	28	Hohe Patientenzufriedenheit
	32	PNP-Vertrag: Nach vorne schauen und mitmachen!
	36	Mehr Kapazität, bessere Koordination
	38	Schnelle Termine beim Kardiologen
	40	Kardio-Vertrag: Signal für die Sicherung der Fachgruppe
	42	Patientenbegleiter – Brückenbauer und Unterstützer
	44	Informieren, kümmern und vernetzen – der Arztpartner-Service der AOK
Veranstaltung	48	Den Vorsprung ausbauen – fünf Jahre HZV in Baden-Württemberg
Kommentar	56	Die HZV als logische Folge einer langen Entwicklung Von Prof. Klaus-Dieter Kossow
Exkurs	58	Raum – Interventionen zum Wohlfühlen in unserer „dritten Haut“ Von Prof. Roland Dieterle
Auf den Punkt gebracht	60	Von Dr. Berthold Dietsche

Gesunde Strukturen – gesucht und gefunden

Liebe Leserinnen und Leser,

warum eigentlich sind die Hausarzt- und Facharztverträge in Baden-Württemberg so erfolgreich? Die bessere Vergütung spielt sicher eine Rolle. Sie bietet feste Preise und Planungssicherheit, was die Ärztinnen und Ärzte zu schätzen wissen. Das allein macht den Erfolg aber noch nicht aus. Mit den Hausarzt- und Facharztverträgen wurden rundum gesunde Versorgungsstrukturen geschaffen: Leitliniengerechte Behandlungspfade sorgen für eine klare Arbeitsteilung. Die Abrechnung ist einfach, Bürokratie wurde abgebaut. Die Teilnehmer haben wieder Freiräume, in denen sie sich auf ihre ärztliche Aufgabe konzentrieren können – die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten. Und unbeirrt geht der Ausbau dieser neuen Versorgungswelt weiter: Im Sommer wurde mit dem Orthopädievertrag der vierte Facharztvertrag unterzeichnet; durch Stärkung der pädiatrischen Versorgung im HZV-Vertrag sowie weitere Neuerungen wird der Versorgungsvorsprung kontinuierlich ausgebaut.

Der EBM hingegen bleibt eine „Dauerbaustelle“ – er löst keine Versorgungsprobleme, sondern verstärkt Frustrationen. Mehrere hundert baden-württembergische Hausärzte haben sich deshalb neu in die HZV eingeschrieben. Die nächste Bundesregierung wird die Spielregeln zugunsten der Selektivverträge daher neu bestimmen müssen, wenn sie es mit dem Qualitätswettbewerb ernst meint. Im Wahlkampf ist davon bislang nichts zu spüren. Auf der politischen Agenda verkümmert Gesundheitspolitik zum Randthema. Umso wichtiger ist es, dass sich die Vertragsparteien in Baden-Württemberg mit gemeinsamen Forderungen positionieren. Die Erfahrungen seit Einführung der Selektivverträge vor über fünf Jahren belegen: Wer innovative Versorgungsstrukturen schaffen will, muss investieren. Solche Investitionen lassen sich nicht durch Einsparungen von heute auf morgen gegenfinanzieren. Deshalb steht die Abschaffung der Refinanzierungsklausel in § 73 b SGB V bei den Forderungen ganz oben.

In der Erstausgabe der „Neuen Versorgung“ haben wir Ihnen Bilder des Stuttgarter Staatsballetts gezeigt. Für ein Gesundheitsmagazin, das sich mit versorgungspolitischen Themen beschäftigt, ist das ungewöhnlich und mutig. Ihre Reaktionen darauf haben uns darin bestärkt, mit diesem neuen Konzept fortzufahren. Wir wollen damit auch weiterhin zum Querdenken inspirieren und Ihnen Freude an außergewöhnlichen Bildern bereiten. Dieses Mal haben wir Roland Dieterle, Professor für Architektur und Internationales Projekt-Management an der Hochschule für Technik in Stuttgart, um sein Mitwirken gebeten. Seine These: Gesunde Strukturen braucht es nicht nur im Gesundheitswesen: Auch und gerade in der Architektur können sie Menschen im wahrsten Sinne aufleben lassen. Mehr dazu finden Sie im „Exkurs“ dieses Magazins und in den einzelnen Bildbeschreibungen.

Ihr Jürgen Stoschek
Chefredakteur

PS: Weiterführende Informationen finden Sie unter www.neue-versorgung.de

Markantes Konstrukt: Der Aussichtsturm am Killesberg

Auf dem Killesberg in Stuttgart steht ein Aussichtsturm mit einem raffinierten Stahltragwerk: Hyperboloide Stahlnetzkonstruktionen erinnern an Kühlturmkonstruktionen, die eingeschriebenen, gewendelten Stahltreppen an eine Doppelhelix, das zentrale Tragrohr an einen Maibaum.

Schon beim Aufsteigen erfasst der Blick sämtliche Richtungen. Die leichte Konstruktion sorgt für Nervenkitzel, gleichzeitig erweckt die nachvollziehbare, konstruktive Lösung Vertrauen. Das markante Konstrukt verzichtet vollständig auf das Ornament – die funktionalen und sinnfälligen Komponenten selbst bilden eine signifikante Erscheinung – nichts könnte weggelassen werden. Das ist gute Architektur.

Entwurf: Ingenieurbüro Schlaich Bergerman und Partner
Foto: flohagena.com

Neues zu den Verträgen

1 Facharztvertrag für Orthopädie unterzeichnet

Das bundesweit einmalige Facharztprogramm wird ab August um einen vierten Vertrag im Bereich Orthopädie erweitert.

Vertragspartner sind der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), der Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen (BNC), die AOK Baden-Württemberg, die Bosch BKK und MEDI Baden-Württemberg. Der Vertrag gilt nicht nur für Orthopäden, sondern auch für Chirurgen, die orthopädische Leistungen erbringen. Die Behandlung von Patienten mit Rückenschmerzen, Osteoporose und anderen Erkrankungen des Bewegungsapparates soll dadurch nachhaltig verbessert werden. Der Vertrag ist so aufgebaut, dass Schwächen in der Regelversorgung wie fehlende Zeit für die Beratung der Patienten, mangelnde Behandlungskoordination und unnötige stationäre Eingriffe vermieden werden.

Defizite der Regelversorgung systematisch angepackt

„Die Regelversorgung liefert nicht die passende Antwort auf die Herausforderungen, vor die orthopädische Volkskrankheiten das Gesundheitssystem stellen“, so Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg.

Reinhard Deinfelder, BVOU-Landesvorsitzender für Württemberg, bestätigt dies: „In der Regelversorgung fördert die Systematik der Vergütung für die Versorgung von orthopädischen Patienten eine apparative Diagnostik und Therapie und nicht die Beratung beziehungsweise Motivation des Patienten.“ Er weist darauf hin, dass die Patienten bei Beschwerdebildern wie dem unspezifischen Rückenschmerz durch Veränderungen ihres Lebensstils maßgeblich Einfluss auf den Behandlungserfolg haben und eine gründliche, breitgefasste Anamnese zur richtigen Diagnosestellung unerlässlich ist.

„Die Vergütung im neuen Vertrag ist so aufgebaut, dass sich der teilnehmende Facharzt Zeit nehmen kann für eine ausführliche Anamnese und körperliche Untersuchung sowie eine eingehende Beratung“, erläutert Dr. Dieter Haack, Bundesvorsitzender des BNC.
Geregelt ist auch, an welchem Punkt der Hausarzt an die Fachärzte überweist und dass er dabei eine Befunddokumentation übermittelt. So kann der Orthopäde direkt an die Voruntersuchung und -behandlung durch den Hausarzt anknüpfen – was auch den Patienten zugute kommt. Im Gegenzug bekommt der Hausarzt unmittelbar einen aussagefähigen Bericht zur Diagnosestellung und weiterführende Therapievorschläge.
„Mit dem Orthopädievertrag werden Diagnose und Behandlung neu ausgerichtet, nach der Maßgabe ‚gründlich und nachhaltig statt schnell und oberflächlich‘“, erklärt Dr. Johannes Flechtenmacher, BVOU-Landesvorsitzender für Baden. „Die Förderung der Eigeninitiative des Patienten, die gerade bei Erkrankungen des Bewegungsapparates entscheidend ist, erhält eine zentrale Bedeutung.“

Honorarplus von 30 Prozent

„Der Vertrag stärkt die konservative orthopädische Versorgung durch mehr Planungssicherheit und eine bessere Bezahlung der Praxen“, erklärt Dr. Werner Baumgärtner, Vorsitzender von MEDI Baden-Württemberg. „Ebenso wird das ambulante Operieren gefördert, was uns wegen der teilnehmenden Chirurgen wichtig war. Auch in diesem Facharztvertrag streben die Vertragspartner ein Honorarplus von 30 Prozent an.“

Niedergelassene Orthopäden und Chirurgen in Baden-Württemberg können sich ab sofort in den Vertrag einschreiben. Sobald ein Quorum von landesweit 200 Orthopäden erreicht ist, kann die Einschreibung der Patienten beginnen. Teilnehmen können alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK, die in das HausarztProgramm eingeschrieben sind.

2 Pädiatriemodul erweitert HZV

Mit dem Beitritt des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) zum HZV-Vertrag wird die flächendeckende bessere Versorgung für junge Patienten deutlich gestärkt.

Damit nutzen die Vertragspartner die Gestaltungsspielräume, die der Selektivvertrag im Gegensatz zur Regelversorgung bietet, um die bislang schon sehr gute pädiatrische Versorgung in Baden-Württemberg noch weiter zu optimieren und an die speziellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen in der heutigen Zeit anzupassen.

Neu: erstmals sozialpädiatrische Beratungen

Neu sind die sozialpädiatrischen Beratungen der Eltern durch den Kinder- und Jugendarzt oder Abstimmungsmöglichkeiten mit Institutionen wie dem Kindergarten, Der Arzt kann damit auf die verstärkt auftretenden psychosozialen Probleme im Kindes- und Jugendalter besonders eingehen. Der Vertrag wird zudem mit kinderspezifischen Leistungen wie erweiterten Vorsorgeuntersuchungen und zusätzlichen Hör- und Sehtests weiter ausgebaut.

Die neue Einzelleistung ‚Transition' soll zudem einen nahtlosen Übergang von der pädiatrischen in die allgemeinärztliche Versorgung von chronisch kranken Jugendlichen sicherstellen.

Vorteile des HZV-Vertrages auch für Kinder- und Jugendärzte

Für Kinder- und Jugendärzte bedeutet die Vertragsteilnahme eine leistungsgerechte und planbare Vergütung ohne Abschläge und Mengenbegrenzung. Das pauschalisierte Vergütungssystem in Verbindung mit Einzelleistungen bildet den tatsächlichen Versorgungsaufwand deutlich besser ab als die Regelversorgung. „Damit können wir unsere Patienten noch besser und individueller versorgen", unterstreicht Dr. Klaus Rodens, BVKJ-Landesvorsitzender Baden-Württemberg. So findet beispielsweise der erhöhte Versorgungsaufwand für kleine Patienten bis zum dritten Lebensjahr besondere Berücksichtigung durch Zusatzpauschalen. Insgesamt kann mit einer Honorarsteigerung gegenüber der Regelversorgung von deutlich über 20 Prozent gerechnet werden.

Darüber hinaus gelten die gewohnten strukturellen und qualitativen Vorteile, die der HZV-Vertrag bislang schon geboten hat: Der Kinder- und Jugendarzt steht, wie auch der Hausarzt, im Mittelpunkt der Versorgung junger Versicherter, ist erster Ansprechpartner bei allen gesundheitlichen Problemen und koordiniert die Behandlung. Vertragliche Vorgaben zur apparativen Mindestausstattung der Praxen und Abendsprechstunden für berufstätige Eltern tragen ebenfalls zur erhöhten Versorgungsqualität der Kinder und Jugendlichen bei.

3 Kardiologie-Vertrag fördert Druckdrahtmessung

Seit Juli 2013 trägt eine neue Vereinbarung im Facharztvertrag Kardiologie dazu bei, Herzpatienten in Baden-Württemberg vor unnötigen Eingriffen zu bewahren. Die Materialkosten für die so genannte Druckdrahtmessung werden bei eingeschriebenen Patienten erstattet, wenn es keinen nichtinvasiven Nachweis einer Minderdurchblutung des Herzmuskels gibt und bei der Herzkatheteruntersuchung mit herkömmlichen Methoden nicht zuverlässig festzustellen ist, ob eine Stentimplantation nötig ist. Mit dieser Untersuchungsmethode lässt sich der Grad einer Durchblutungsstörung messen, die in Folge einer Verengung (Stenose) der Herzkranzgefäße auftritt. Erst ab einem Wert von 0,75 bis 0,80 ist der Einsatz eines Stents sinnvoll, bei Werten darunter würde der Eingriff den Patienten unnötig belasten.

Obwohl 2010 in die Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie aufgenommen, wird die Druckdrahtmessung in der Regelversorgung nicht flächendeckend angeboten. Denn es gibt für den Druckdraht keine Abrechnungsmöglichkeit, und der Arzt bleibt auf diesen Kosten sitzen.

4 PNP-Vertrag verbessert Zugang zur Gruppentherapie

Laut aktuellen Auswertungen ist der Anteil der gruppentherapeutischen Sitzungen im PNP-Vertrag seit Vertragsstart stetig angestiegen. Machten Gruppentherapie-Sitzungen im PNP-Vertrag im 4. Quartal 2012 noch 4,15 Prozent der therapeutischen Sitzungen aus, stieg der Anteil im 1. Quartal 2013 auf 7,33 Prozent, im folgenden Quartal auf 9 Prozent, während er in der Regelversorgung konstant nur 1,72 Prozent erreicht. Damit nehmen eingeschriebene Versicherte rund fünfmal häufiger an Gruppentherapie-Sitzungen teil als Versicherte in der Regelversorgung.

Diese sind bei verschiedenen Beschwerdebildern, beispielsweise Depressionen oder Panikstörungen, eine besonders geeignete und effektive therapeutische Maßnahme. Diplom-Psychologe Rolf Wachendorf, Vorsitzender der Freien Liste der Psychotherapeuten in Baden-Württemberg dazu: „Die Patienten bauen Vertrauen zueinander auf, lernen voneinander und werden in ihrer sozialen Kompetenz gestärkt.“ Die Gruppentherapie ermöglicht im PNP-Vertrag eine flexible Behandlung. Viele depressive Patienten werden zu schnell wirkenden Maßnahmen hingeführt.

Die genauen Ursachen für diesen gewünschten Effekt sind: „Der Wegfall des Gutachter- beziehungsweise Antragsverfahrens, das in der Regelversorgung dem Therapiebeginn vorgeschaltet ist und eine große bürokratische Hürde darstellt, die Förderung der Fortbildung in Gruppentherapie sowie die Flexibilisierung der Behandlung in Verbindung mit der leitlinienorientierten Zuordnung der Krankheitsbilder zu Einzel- und Gruppentherapie“, erläutert der Landesvorsitzende der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV), Dr. Alessandro Cavicchioli.

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille,
Universität Mannheim

Die Gesundheitsversorgung braucht mehr Integration und Wettbewerb

Von Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille

Eine dringliche Aufgabe der deutschen Gesundheitsversorgung besteht in der Lösung der Schnittstellenprobleme zwischen den einzelnen Behandlungsarten bzw. -stufen und den verschiedenen Leistungssektoren. Dabei geht es vornehmlich um die Nutzung von Substitutionsmöglichkeiten zwischen diesen Bereichen und um eine kooperative Arbeitsteilung unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsaspekten. Der Gesetzgeber implementierte zu diesem Zweck ab 1998 sukzessiv die besonderen Versorgungsformen, die im Unterschied zu den Kollektivverträgen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) selektives Kontrahieren zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern und damit eine wettbewerbliche Orientierung vorsehen.

Die besonderen Versorgungsformen umfassen:

- die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V),
- die besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V),
- die Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V),
- die strukturierten Behandlungsprogramme bzw. DMPs (§§ 137f-g SGB V) sowie
- die integrierten Versorgungsformen (§§ 140a-d SGB V).

Allen besonderen Versorgungsformen gemein ist, dass sowohl Ärzte bzw. weitere Teilnehmer als auch Patienten bzw. Versicherte freiwillig an diesen Versorgungsformen

teilnehmen: Die Krankenkassen schließen entsprechende Verträge mit den Leistungserbringern und die Versicherten schreiben sich in die Programme ein. Mit Ausnahme der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) ist auch der Abschluss solcher Verträge für Krankenkassen freiwillig und spiegelt deren Innovationsfähigkeit und Wettbewerbsbereitschaft für Versorgungsverbesserungen wider. Die Ausgestaltung der Vergütung und die Modalitäten der Arztwahl durch die Patienten bleiben den Vertragspartnern dieser besonderen Versorgungsformen überlassen. Der Verbleib in der herkömmlichen kollektivvertraglichen Versorgung sowie die Rückkehr in diese stellt für die Versicherten immer eine mögliche Alternative dar. Die selektiven Verträge konkurrieren insofern sowohl untereinander als auch mit der kollektivvertraglichen Versorgung.

Unterschiedlicher Integrationsgrad

Der Integrationsgrad der Gesundheitsversorgung, der mit der jeweiligen besonderen Versorgungsform einhergeht, lässt sich nach den folgenden Kriterien klassifizieren:

- Anzahl der beteiligten Einrichtungen,
- Vielfalt der Indikationen,
- Umfang der Leistungssektoren und
- räumliche Ausdehnung.

Den geringsten Integrationsgrad weist in diesem Rahmen eine sektorspezifische Versorgung auf, die sich auf eine Indikation beschränkt. Diese trifft z. B. für ein Disease-Management-Programm (DMP) zu, das sich nur auf den ambulanten Bereich erstreckt. Einen deutlich höheren Integrationsgrad besitzt z. B. eine hausarztzentrierte Versorgung, auf der Indikationsbereiche der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung aufbauen. Dies ist beispielsweise in Baden-Württemberg durch die Kombination der HZV mit den Facharztverträgen der AOK nach § 73c SGB V bereits etabliert. Den höchsten Integrationsgrad erreicht ein gesteuertes Versorgungsnetz, wenn populationsorientiert alle Indikationen und alle Leistungssektoren von der Prävention über die ambulante und stationäre Behandlung bis zur Rehabilitation und Pflege eingeschlossen werden. Ein solch umfassendes Versorgungsnetz zeichnet sich durch eine verbindliche kooperative Arbeitsteilung aus und bedarf dafür konkreter vertraglicher Regelungen und einer übergreifenden Steuerung.
Für die Umsetzung können sich auf heutiger Rechtsgrundlage integrierte Versorgungsformen anbieten, die alle Teilnehmer in einem Vertrag unter dem Dach einer Managementgesellschaft umfassen. Aber auch eine Weiterentwicklung der jeweils aufeinander bezogenen Verträge vom Hausarzt (73b) über den Facharzt (73c) bis zum Krankenhaus und der Rehabilitation kann verschiedene besondere Versorgungsformen als integrale Elemente bzw. partielle Bausteine einschließen.

Die besonderen Versorgungsformen und mit ihnen die wettbewerblichen selektiven Verträge vermochten zwar das stark verkrustete System des deutschen Gesundheitswesens etwas aufzulockern; die Aufbruchsstimmung, die 1998 bei den Modellvorhaben und den Strukturverträgen, sowie 2004 bei den integrierten Versorgungsformen aufkam, ging aber zwischenzeitlich vieler Orts verloren – wohl auch, weil im Verlauf noch bestehende Hürden erkennbar wurden. Auch wenn sich einzelne Krankenkassen wie z. B. die AOK Baden-Württemberg mit der breit angelegten Selektivvertragsstrategie von HZV und Facharztverträgen abheben, messen viele Krankenkassen derzeit dem Preiswettbewerb und damit reinen Kostensenkungen eine größere Bedeutung zu, als dem Versorgungs- bzw. Qualitätswettbewerb mit innovativen, wettbewerblich orientierten Konzepten.

Ordnungspolitische Schwachstellen

Dieser Stillstand bei der integrierten Versorgung und bei wettbewerblichen Konzepten geht u. a. auf eine Rahmenordnung zurück, die vor allem folgende Schwachstellen aufweist:

1 Der Gesetzgeber legt hinsichtlich der Beitragssatzstabilität an die integrierten Versorgungsformen – mit Ausnahme der DMP – zu harte Maßstäbe an. Ausgaben, die über die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen hinausgehen, bedürfen eines Ausgleichs durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen. Der Aufbau umfangreicher integrativer Versorgungskonzepte verursacht aber zu Beginn hohe Investitionen, die sich in

der Regel nicht im ersten Jahr, sondern erst später amortisieren. Diese enge Bindung an die Beitragssatzstabilität macht es nahezu unmöglich, innovative Projekte zu initiieren, die mit einem hohen integrativen Potential künftig einen spürbaren Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes versprechen. Hier sollte den Krankenkassen mehr unternehmerische Freiheit eingeräumt werden.

2 Die Freiwilligkeit der Teilnahme von Leistungserbringern an besonderen Versorgungsformen ist ordnungspolitisch richtig, motivational betrachtet jedoch hemmend. Eine Teilnahmemotivation ist neben Versorgungsverbesserungen zumeist auch die Hoffnung bzw. Aussicht auf höhere Erlöse, sei es aus höheren Preisen oder höheren Mengen. Letztgenannter Punkt ist in seiner Wechselwirkung zum Kollektivvertragssystem insofern problematisch, als dort häufig keine wirksame Mengensteuerung möglich ist. In der Konsequenz sollte – zumindest den Krankenhausbereich und die ambulante spezialfachärztliche Versorgung betreffend – der Kontrahierungszwang gelockert werden.

3 Ein administrativer Kritikpunkt besteht darin, dass die Krankenkassen die jeweiligen Verträge sowohl den für sie zuständigen Aufsichtsbehörden als auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen sie wirksam werden, zur aufsichtsrechtlichen Prüfung vorlegen müssen. Diese Regelung birgt die Gefahr von unterschiedlichen aufsichtsrechtlichen Prüfungen und damit von Wettbewerbsverzerrungen.

4 Mehr als ein administratives Problem sind ungelöste Fragen bei der Budgetbereinigung. Die aktuellen Regelungen sind zum einen sehr aufwendig, zum anderen – und das ist erheblicher – auch manipulationsanfällig im Sinne einer Benachteiligung von Selektivvertragsteilnehmern.

5 Ein weiteres Hemmnis für verstärkte Anstrengungen von Krankenkassen um besondere Versorgungsformen resultiert aus methodischen Mängeln im Morbi-RSA. Grundsätzlich ist der Morbi-RSA geeignet, besondere Versorgungsformen zu fördern, die sich zumeist an Versicherte mit erhöhtem Leistungsbedarf richten. Insofern schafft der RSA einen Ausgleich, wenn durch gute Versorgungskonzepte eine Risikohäufung bei den entsprechenden Krankenkassen entsteht. Betrachtet man allerdings das aktuelle Leistungsgebaren im Rahmen von Satzungsleistungen für z. B. alternative Heilmethoden etc., so liegt die These nahe, dass es für viele Krankenkassen immer noch rationaler erscheint, ihre Energie auf die Gewinnung von möglichst gesunden Versicherten zu richten, als Versorgung effizienter zu gestalten. In der Konsequenz sollten bestehende methodische Mängel des Morbi-RSA – zum Beispiel eine inadäquate Berücksichtigung der Normkosten im Sterbejahr oder die Vernachlässigung exogener regionaler Komponenten – beseitigt werden.

Wettbewerb vor Förderung

Angesichts der Stagnation bei der integrierten Versorgung und den wettbewerblich orientierten selektiven Verträgen taucht vielfach die Forderung nach einer erneuten finanziellen Förderung auf. Finanziellen Anreizen bestimmter Versorgungskonzepte sollte jedoch zunächst ein Abbau der aufgezeigten innovationshemmenden ordnungspolitischen Rahmenbedingungen vorangehen, um die Krankenkassen in einen Versorgungswettbewerb um Wirtschaftlichkeit und Qualität zu zwingen. Erst danach sollte diskutiert werden, ob es einer zusätzlichen finanziellen Förderung besonderer Versorgungsformen bedarf, die sich – das kann man schon heute festhalten – nur an umfassenderen Versorgungsnetzen eines breiten sektorenübergreifenden Ansatzes mit im Vergleich zu bisherigen Förderungen deutlich anspruchsvolleren Kriterien ausrichten könnte.

Abstrakter Raum in Baden-Baden

Die Sammlung Burda in der einzigartigen Parklandschaft an der Lichtentaler Allee in Baden-Baden ist einer jener Orte, die uns für Momente aus unserem Alltag herausholen und uns positiv stimmen können. Die Ausstellungsräume um die innere Rampe wirken sowohl bei sonnigem wie auch bei trübem Wetter heller als das natürliche Licht draußen. Das Weiß der wohlproportionierten Raumhülle „verfärbt" sich subtil im wechselnden Licht, alles wird Linie, Fläche, Volumen und erscheint „entmaterialisiert." Hier wird spürbar, was Le Corbusier, einer der Protagonisten modernen Bauens in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts, feststellte: „Architektur ist das Spiel der Kuben im Licht."

Entwurf Kunsthalle Baden-Baden: Hermann Billing, Karlsruhe; Entwurf Burda Museum: Richard Meier, New York
Foto: flohagena.com

Keine Innovationen ohne Freiraum für Investitionen

Von Jürgen Stoschek

Das Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen. Ein geordneter Qualitätswettbewerb ist das Gebot der Stunde. Aus Sicht der Vertragspartner in Baden-Württemberg besteht hier dringend politischer Handlungsbedarf. Auszüge aus einem gemeinsamen Positionspapier, das am 13. August 2013 in Berlin vorgestellt wurde.

Die Versorgung der Bevölkerung läuft Gefahr, im zentralistischen Stellungskrieg der Monopole von GKV-Spitzenverband und KBV auf der Strecke zu bleiben. Vor allem für die steigende Zahl chronisch kranker und älterer Versicherter fehlen zukunftsweisende Lösungen im Kollektivvertrag. Demografieentwicklung und medizinischer Fortschritt erfordern daher dringend neue Konzepte, um die flächendeckende Versorgung und die Finanzierung des Gesundheitssystems nachhaltig zu sichern.

Qualitätswettbewerb erlahmt – Arztberuf ohne Zukunft

1998 begann der Gesetzgeber durch die Einführung sektorenübergreifender Versorgungsformen Möglichkeiten zu eröffnen, die verkrusteten Strukturen im Gesundheitswesen aufzubrechen. Von einem Wettbewerb aller Akteure erhoffte man sich Impulse für eine bessere Versorgung. Die Anfangseuphorie ist längst verflogen – der erhoffte Qualitätswettbewerb findet nicht statt. Stattdessen bestimmt schon seit geraumer Zeit das Diktat der Beitragssatzstabilität den Versorgungsalltag und viele Krankenkassen scheuen jegliches Risiko.

Parallel dazu sinkt gerade bei den jüngeren Ärzten die Bereitschaft, sich freiberuflich niederzulassen. Die Gründe dafür sind seit Jahren bekannt: Eine überbordende Bürokratie, die den Ärzten die Zeit raubt, die sie für ihre Patienten benötigen. Ein Hauptärgernis ist und bleibt das intransparente und unkalkulierbare Vergütungssystem des EBM mit „floatierenden“ Arzthonoraren, das sich permanent ändert.

Dass es auch anders geht, zeigt das Beispiel Baden-Württemberg eindrucksvoll. Sukzessive wurden nach erfolgreicher Etablierung des HZV-Vertrages die Facharztverträge verhandelt und integriert. Nicht nur die Patienten profitieren davon: Für Haus- und Fachärzte stellen die Verträge mittlerweile ein unverzichtbares zweites unternehmerisches Standbein dar. Und der vom Gesetzgeber intendierte Qualitätswettbewerb ist im Südwesten in vollem Gange.

Gemeinsame Forderungen der Vertragspartner an die neue Bundesregierung

Basierend auf diesen Erfahrungen haben die Vertragspartner ein Positionspapier erstellt und am 13. August 2013 in Berlin gemeinsam der Öffentlichkeit vorgestellt. Ziele: Die politische Korrektur oder Klarstellung wichtiger gesetzlicher Rahmenbedingungen im Bezug auf Hausarzt- und Facharztverträge sowie die Schaffung weiterer Optionen für Selektivverträge.

Keine Krankenkasse hat dabei soviel Erfahrung mit innovativen Versorgungskonzepten wie die AOK Baden-Württemberg. Vorstandsvorsitzender Dr. Christopher Hermann dazu: „Diese Spitzenstellung hat einen praktischen Nutzen, denn uns folgen mehr als 1,1 Millionen Versicherte, die vor allem eines wollen und – wissenschaftlich belegt – auch in hohem Maße erhalten: Im Krankheitsfall optimal versorgt werden." Das Optimum stoße jedoch an seine Grenzen durch ein zergliedertes Gesundheitssystem mit seinen vielfältigen inkohärenten Handlungslogiken und rechtlichen Begrenzungen, zu deren Auflösung gerade die Selektivverträge notwendig sind. →

Die sechs Forderungen der Vertragspartner im Überblick

1. Wegfall der Refinanzierungsklausel in § 73b
2. Kassenpflicht für Hausarztverträge
3. Kassenpflicht für Facharztverträge
4. Bürokratiearme, rechtssichere Bereinigung
5. Keine gemeinsamen und einheitlichen Vergütungsverträge im Kollektivvertrag
6. Stärkung des Qualitätswettbewerbs durch Optionen für weitere Selektivverträge

Gretchenfrage:
Wer will den Finanzierungsvorbehalt im § 73b Absatz 5a abschaffen?

CDU	CSU	FDP	SPD	Die Grünen	Die Linken
?	Ja	?	Ja	Ja	?

Auszug Paragraf 73 b Absatz 5a SGB V:
Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird insbesondere erfüllt, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass der rechnerische durchschnittliche Fallwert nicht den sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebenden rechnerischen durchschnittlichen Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte überschreitet (...) Die (...) Werte können überschritten werden, wenn vertraglich sichergestellt wird, dass diese Mehraufwendungen durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen (...) finanziert werden.

Mehr zum Thema
In den Wahlprogrammen der Parteien (Stand: Ende Juli) finden sich zur HZV bis auf die CSU nur allgemeine Aussagen. Bei konkreten Fragen – was wird aus der Refinanzierungsklausel, wie steht es mit der Kassenpflicht – muss man sich daher mit den Äußerungen einzelner Politikerinnen und Politiker behelfen.

Wegfall der Refinanzierungsklausel in § 73b

Ganz vorne steht die Forderung nach einer ersatzlosen Streichung der Refinanzierungsklausel in § 73b Abs. 5a SGB V, die Union und FDP im Herbst 2010 eingeführt haben. Danach müssen höhere Arzthonorare in HZV-Verträgen durch Einsparungen an anderer Stelle unmittelbar wieder kompensiert werden, was beim Vertragsstart nachzuweisen ist. Für Verträge nach altem Recht endet eine Übergangsfrist am 30. Juni 2014.

Die Erfahrungen der Vertragspartner zeigen, dass eine Gegenfinanzierung höherer Honorare nicht sofort, sondern nur stufenweise realisierbar und a priori nicht seriös zu kalkulieren ist. So sind bei Arzneimitteln deutliche Einsparungen bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung zwar schon nach 2-3 Jahren zu sehen, weitergehende Steuerungserfolge bedürfen jedoch eines deutlich längeren Investitionsvorlaufs. Betrachtet man Investitionsmodelle öffentlicher Infrastrukturprojekte, die häufig über mehr als 10 Jahre laufen, wird klar, dass die Refinanzierungsklausel in ihrem Anspruch einer unmittelbaren Refinanzierung geradezu widersinnig ist. „In der Konsequenz kann nur eine ersatzlose Streichung der richtige Weg sein, um die notwendige Investitionsbereitschaft der Krankenkassen zu schaffen“, so Dr. Berthold Dietsche, Vorsitzender des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg.

Kassenpflicht für Hausarzt- und Facharztverträge

Eine wichtige Forderung der Vertragspartner betrifft die gesetzliche Pflicht der Krankenkassen, all ihren Versicherten eine HZV anzubieten. Dieses seit 2007 bestehende Recht der Versicherten darf nicht angetastet werden. Denn erst

die gesetzlich verankerte Kassenpflicht kann den Hausarztverträgen flächendeckend zum Durchbruch verhelfen. Und es ist zu betonen, dass erst die freiwillige Bindung der Versicherten an einen Hausarzt ihrer Wahl die Grundlage darstellt, auf deren Basis die rationalen Steuerungs- und Koordinierungsoptionen greifen, wie sie der Gesetzgeber definiert hat.

Darüber hinaus sollten auch Facharztverträge nach § 73c SGB V verpflichtend für die Krankenkassen werden. „Nur durch aufeinander abgestimmte Hausarzt- und Facharztverträge entsteht ein schlüssiges Versorgungskonzept, insbesondere für eine zunehmende Zahl chronisch kranker Patienten", so MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner. Und: Die klare Beschreibung von Schnittstellen zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung mit definierten Behandlungspfaden sowie die enge Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten führen zu erheblichen Einsparungen und größerer Patientensicherheit, insbesondere bei Arzneimitteln. Und den Patienten werden unnötige Krankenhauseinweisungen oder Doppeluntersuchungen erspart.

Bürokratiearme, rechtssichere Bereinigung

Ein Teil der Vergütung der Selektivverträge wird derzeit aus dem Gesamtbudget der Regelversorgung herausgelöst bzw. bereinigt. Bislang werden die Spielregeln dieses Bereinigungsverfahrens von den Vertretern des tradierten Kollektivsystems bestimmt. Im Ergebnis sind die Bereinigungsregeln – wohl nicht ganz ohne Absicht – höchst komplex, arbeitsaufwendig und darüber hinaus manipulationsanfällig im Sinne der Behinderung bzw. Benachteiligung der Selektivvertragsteilnehmer. Auch aus großen Deregulierungsverfahren etwa im Bereich der Telekommunikation oder Energieversorgung ist bekannt, dass die Altmonopolisten nicht selbst die Spielregeln im Übergang zu einer Wettbewerbsordnung definieren dürfen. Daher ist bei der Bereinigung der Gesetzgeber gefordert, diesen Konzeptionsfehler zu beseitigen und einfache, transparente Regeln selbst vorzugeben.

Keine gemeinsamen und einheitlichen Vergütungsverträge im Kollektivbereich

Die zwangsweise gemeinsame und einheitliche Vorgehensweise behindert die Berücksichtigung besonderer Versorgungsanliegen einzelner Krankenkassen, etwa aufgrund ihrer spezifischen Versichertenstruktur, und kann sogar kontraproduktiv zu Selektivverträgen eingesetzt werden. Dies zum Beispiel dann, wenn in der Kollektivversorgung in Hinblick auf die Selektivverträge mehrheitlich festgelegt wird, einzelne Leistungen oder Leistungen bestimmter Fachgruppen bewusst attraktiver zu vergüten. Daher sollte der Gesetzgeber zum Status quo vor 2008 zurückkehren und die Vergütungsverträge mit den KVen wieder – wie weiterhin übrigens auch im zahnärztlichen Bereich üblich – auf der Ebene der Krankenkassen bzw. deren Verbände etablieren.

Schaffung weiterer Optionen für Selektivverträge

Der Versorgungswettbewerb ist durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs mit Krankenhäusern und im Bereich der ambulanten (spezial-)fachärztlichen Versorgung zusätzlich zu erweitern. Eine nachhaltige Stärkung des selektivvertraglichen Versorgungswettbewerbs ist dann erreichbar, wenn den Vertragspartnern hierfür ein übergreifender ganzheitlicher Ansatz ermöglicht wird, um die einzelnen Behandlungsbausteine integrativ optimal aufeinander abzustimmen.

Architektonische Vielfalt als Geschäftsmodell in Weil am Rhein

Mit einem kleinen Museum hat Frank Gehry hier auf dem Firmengelände des Möbelherstellers Vitra seine internationale Karriere begonnen, Zaha Hadid tat es ihm mit einem Feuerwehrhaus gleich. Weitere international bekannte Architekten wie SANAA, Herzog & de Meuron, Álvaro Siza oder Tadao Ando haben mitgewirkt an der Vision von Rolf Fehlbaum: einem einzigartigen Architekturensemble mit Produktionshallen, Büro- und Ausstellungsräumen. Im Laufe der Jahre ist hier eine Umgebung entstanden, in der sich die Mitarbeiter sichtbar wohl fühlen und Besucher die Kraft vielfältiger, guter Architektur spüren. Eine wohltuende Insel in allzu großer baukultureller Diaspora.

Entwurf: Herzog & de Meuron
Foto: View Pictures, Getty Images

Dauerbaustelle EBM

Die Hoffnungen auf eine gerechte Vergütung ärztlicher Tätigkeit und eine Bezahlung nach festen Euro-Beträgen werden sich auch mit der nächsten EBM-Reform nicht erfüllen. Die Dauerbaustelle EBM wird für die KBV zusehends zur Sisyphusarbeit – ein mehr oder weniger sinnloses Unterfangen, dessen Ende nicht abzusehen ist.

Nach zähen und vom Scheitern bedrohten Verhandlungen haben sich KBV und GKV-Spitzenverband Ende Juni 2013 im Bewertungsausschuss auf einen neuen Hausarzt-EBM geeinigt, der zum 1. Oktober in Kraft treten soll. Ziel ist eine Stärkung der hausärztlichen Grundversorgung.
Zu den Neuerungen, die im Wesentlichen durch Umverteilungen finanziert werden, zählt, dass Gesprächsleistungen wieder abrechenbar sein werden. Außerdem wird für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages eine sogenannte Vorhaltepauschale eingeführt. Die Versichertenpauschale, die pro Patient einmal im Quartal abgerechnet werden kann, wird in fünf Altersklassen unterteilt. Für die hausärztliche geriatrische und palliativmedizinische Versorgung sowie für sozialpädiatrische Leistungen stehen jährlich bundesweit insgesamt rund 124 Millionen Euro zur Verfügung. Weitere Änderungen sind nach der Bundestagswahl für den 1. Juli 2014 geplant.

Zur Stärkung der fachärztlichen Grundversorgung hatten sich die KBV und der GKV-Spitzenverband bereits im Mai auf die Einführung einer Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) zum 1. Oktober geeinigt. Die Pauschale, die je nach Arztgruppe unterschiedlich hoch ist, wird einmal im Quartal für jeden Behandlungsfall bezahlt, in dem ausschließlich konservative Leistungen erbracht werden. Die Finanzierung erfolgt zum Teil durch Einsparungen innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs.

Bei den ärztlichen Vertragspartnern in Baden-Württemberg stießen die Neuerungen auf wenig Gegenliebe, wie die folgenden Kommentare zeigen.

So sehen es die Vertragspartner:

„Nur in Baden-Württemberg können die Ärzte aus dem EBM aussteigen“

Dr. Werner Baumgärtner (MEDI)
Mit dem neuen EBM werde das Kapitel Unterfinanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung konsequent weitergeschrieben, kritisiert der MEDI-Vorsitzende. Die neue Gebührenposition bei den Fachärzten, die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung, werde „aus dem sagenhaften Zuwachs von 0,9 Prozent Honoraranhebung für 2013 finanziert“, so Baumgärtner.
Die Hausarzt- und Facharztverträge in Baden-Württemberg seien ein Kontrastprogramm zur EBM-Reform, erklärte Baumgärtner. „Es gibt kein Bundesland mit einer gleichwertigen Option für Hausärzte und Fachärzte, aus dem EBM auszusteigen“, so der MEDI-Chef.

Dr. Berthold Dietsche (Hausärzteverband)
Der 1. Vorsitzende des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg, Dr. Berthold Dietsche, erklärt, leider handele es sich bei den Veränderungen um den „missglückten Versuch einer Reform dessen, was nicht reformierbar ist.“ Trotz großer Vorbehalte der Vertreterversammlung und dem Wunsch des Hausärzteverbandes, eine Simulationsrechnung erstellen zu lassen, habe sich die KBV darüber hinweggesetzt, so Dietsche. Im Ergebnis würden die Ärzte mit mehr Bürokratie konfrontiert.
„In Baden-Württemberg hingegen seien Ärzte, die noch nicht an Verträgen teilnehmen, in der glücklichen Lage, sich nun einschreiben zu können. „Für die Selektivverträge ist dies ein guter Tag!“

Dr. Alessandro Cavicchioli (DPtV)
Für den psychotherapeutischen Bereich stelle die fachärztliche Pauschale zudem durch die Beschränkung auf Patienten, die sich nicht in einer laufenden Psychotherapie befinden, keine sinnvolle Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung dar, meint der Landesvorsitzende der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV), Dr. Alessandro Cavicchioli. Die positiven Erfahrungen der fachärztlichen Selektivverträge im Bereich Psychotherapie in Baden-Württemberg – Wegfall des Gutachterverfahrens, Förderung einer schnellen Aufnahme, niederfrequente Therapie und Gruppentherapie, um nur einige zu nennen – seien leider nicht in die Regelversorgung übernommen worden.

Birgit Imdahl (BVDN)
Die Stärkung der sprechenden Medizin gehe zwar in die richtige Richtung, meint Birgit Imdahl vom Verband der Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BVDN). Die angestrebte Pauschale von zwei Euro sei jedoch „lächerlich gering“, so Imdahl. Und: „Von der Forderung nach festen Vergütungen entfernen wir uns wieder. Auch das Prinzip der Umverteilung wird damit nicht verändert.“

Dr. Ralph Bosch (BNK)
Vom neuen Facharzt-EBM erwartet sich Dr. Ralph Bosch vom Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK) „definitiv keine Verbesserung der Versorgung.“ Die Reform falle insbesondere für die Fachärzte für Innere Medizin „ungünstig“ aus, da diese nicht in der Grundversorgerpauschale berücksichtigt wurden, „obwohl sie definitiv Grundversorger sind“, erklärt Bosch. Haus- und Fachärzte fühlten sich im Selektivsystem „einfach besser aufgehoben.“

Professor Dr. Leopold Ludwig (bng)
Die Unterfinanzierung bleibe auch mit dem neuen EBM bestehen und es gebe auch weiterhin keine festen Preise, erklärt Professor Leopold Ludwig, Landesvorsitzender des Berufsverbands Niedergelassener Gastroenterologen (bng) in Baden-Württemberg.
„Im Vergleich dazu bietet uns der Gastro-Vertrag nicht nur eine bessere Bezahlung, sondern auch Kalkulationssicherheit mit einer Vergütung in Euro-Beträgen.“

Jürgen Graf (AOK Baden-Württemberg)
Die Misere der EBM-Reformen ist strukturell bedingt. Es ist nachvollziehbar, dass im Kollektivvertrag nicht einfach mehr Geld ausgeschüttet werden kann. Das meiste davon würde – bezogen auf Versorgungsinnovationen – wirkungslos verpuffen, weil der Mitteleinsatz nicht durch notwendige Steuerungsmechanismen, etwa Einschreibesystem, Kooperation, qualifizierte Fortbildung, flankiert wird. Derartige Versorgungsinnovationen können, zeigt sich Graf überzeugt, nur in einem wettbewerblich angelegten Selektivvertragssystem nachhaltig erreicht werden. Zentralistische Einheitslösungen stoßen hier schnell an ihre Grenzen.

Dr. Christopher Hermann

Auf dem Weg zur ambulanten Vollversorgung

AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK bieten bundesweit als einzige Kassen eine HZV mit angedocktem FacharztProgramm nach § 73c an. Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg zu den Hintergründen der Verträge und warum die enge Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten so wichtig ist.

Was ist die primäre Motivation für die Selektivverträge aus AOK-Sicht?

Wir sind überzeugt, dass wir in der Gesellschaft des langen Lebens eine vernünftige und qualitativ hochwertige Versorgung nur sicherstellen können, wenn wir es schaffen, systematisch eine sektorenübergreifende Versorgung zu organisieren. Das geht nur mit intelligenten Selektivverträgen.

Warum funktioniert eine übergreifende Verantwortung im KV-System nicht?

Weil das KV-System als Monopol ein Moloch ist, dessen Grundprinzip zum einen auf einem systemimmanenten Konflikt zwischen Arztgruppen basiert und zum anderen keine Verbindlichkeit bieten kann. Dieses System ist strukturell nicht in der Lage, Qualitätswettbewerb systematisch zu fördern. Die Ergebnisse sind hinlänglich bekannt und beschrieben: zum einen eine unzureichende Koordination der Behandlung, die teilweise zu Unter-, Über- oder Fehlversorgung der Patienten führt, zum anderen eine zunehmende Zermürbung der Ärzte mit ungewissen Honoraren und falschen Vergütungsanreizen.

Haben Sie ein Beispiel für diese Fehlversorgung parat?

Einen sehr hohen, völlig ineffizienten Aufwand verursachen Patienten mit Herzinsuffizienz, wenn die Versorgung zwischen Hausarzt, Facharzt und Klinik unkoordiniert verläuft. Da kommt es dann in Folge unzureichender ambulanter kardiologischer Mitbetreuung häufig zu unnötigen Krankenhausaufenthalten: So fehlen regelmäßige Herzultraschall-Kontrollen mit Einstufung der Herzfunktion, abgestimmte Empfehlungen zur Medikation – auch zu Komorbiditäten wie Depressionen – oder unterstützende nicht-medikamentöse und motivationale Beratung zur Ernährung. Das belastet die Patienten unnötig, die Ärzte sind häufig unzufrieden und die Solidargemeinschaft zahlt viel mehr Geld als notwendig.

Was sind die Leitgedanken bei der Umsetzung der Selektivverträge?

Inhaltlicher Leitgedanke ist eine dauerhaft qualitativ hochwertige und zielgenaue Versorgung unserer Versicherten bei leistungsgerechter Vergütung der Ärzte. Dabei bilden HausarztProgramm und FacharztProgramm für uns zwingend eine eng vernetzte Versorgungseinheit. Ziel ist eine abgestimmte und einheitlich ausgerichtete Behandlung. Das geht nur mit Vollversorgungsverträgen. Nur so können wir die Versorgungsstrukturen mit unseren Partnern passgenau

auf unsere regionalen Notwendigkeiten abstimmen und negative Steuerungsanreize, etwa im Bereich der Vergütung, vermeiden.

Stichwort bessere Koordination und Kooperation. Wie erreichen Sie das in den Verträgen?

Damit hausärztliche und fachärztliche Behandlung nahtlos ineinander übergehen, haben die Vertragspartner für alle Fachgebiete praktisch konzipierte Behandlungspfade erarbeitet. Sie basieren auf den aktuellen medizinischen Leitlinien und bieten Orientierung, welche Behandlungsschritte der Hausarzt, welche der Facharzt übernimmt.
Vom Facharzt kommt ein umfassender und strukturierter Arztbericht für den Hausarzt, ggf. mit konkreten Wiedervorstellungsintervallen sowie Empfehlungen zur Medikation. All das verbessert die Zusammenarbeit, optimiert die Behandlungsqualität und stärkt die Kompetenz des Hausarztes in seiner Rolle als zentraler Versorgungssteuerer.

Und die Vergütung ist darauf abgestimmt?

So ist es. Die Vergütungssystematik der Verträge orientiert sich an der Schwere der Krankheitsbilder und setzt die Vergütungsanreize an der richtigen Stelle. Dadurch werden Patienten mit schwerwiegenden und aufwendigen Krankheitsbildern wesentlich besser berücksichtigt. Entsprechend steigt auch die Vergütung, um die intensive Behandlung sowie Mehrleistungen adäquat abzubilden.

Wie sehen die Teilnehmerzahlen bei den Verträgen derzeit aus?

Stand Juli 2013 nehmen 3.500 Hausärzte und über 1,1 Millionen Versicherte am HausarztProgramm teil. Nicht zuletzt durch die im Juli in Kraft getretenen Weiterentwicklungen – Stichwort HZV 2.0 – gehen wir von weiterhin steigenden Einschreibezahlen aus. Bei den Facharztverträgen nehmen 173 Kardiologen und 156 Gastroenterologen teil. Am in zwei Schritten gestarteten Facharztvertrag für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie (PNP) sind derzeit 600 Psychotherapeuten und Fachärzte dabei. Gerade im PNP-Vertrag erwarten wir in den nächsten Monaten deutlich steigende Einschreibungen. Insgesamt nehmen bereits rund 200.000 Versicherte am FacharztProgramm teil, dazu startet im Herbst mit dem Bereich Orthopädie der vierte Facharztvertrag. Zudem ist der HZV-Vertrag jetzt im Zuge des im Juli erfolgten Beitritts des BVKJ speziell im Bereich Kinderversorgung opimiert und für Kinderärzte attraktiver gestaltet. Das wird hier deutlich weitere Bewegung nach vorn bringen.

Sind Sie insgesamt zufrieden mit der Entwicklung der Selektivverträge?

Natürlich, insbesondere wenn man bedenkt, dass wir vor fünf Jahren gestartet sind und uns gegen massive Widerstände durchsetzen mussten. Bei den Facharztverträgen sind wir weiterhin in der Aufbauphase. In der HZV wurden im vergangenen Jahr von den Wissenschaftlern mit der HZV-Evaluation die ersten „harten“ Daten mit positiven Ergebnissen für Ärzte und Patienten vorgelegt. Damit ist klar: Die neue Vertragswelt ist ein Quantensprung für die Versorgung. So sind zum Beispiel der Rückgang unkoordinierter Facharztbesuche um 12,5 Prozent und die doppelt so hohen Einschreibequoten in DMPs wichtige Indikatoren in puncto Verbesserung der Koordination.

Wo sehen Sie noch Verbesserungspotential?

Das Bessere ist immer der Feind des Guten. Aber wie gesagt, die Grundstrukturen der Verträge sind zukunftsfest und funktionieren gut. An der Weiterentwicklung im Detail arbeiten wir mit den Partnern kontinuierlich. Drei praktische Dinge sind von besonderer Bedeutung: Erstens müssen die Ärzte selbst die „neue Vertragswelt“ verinnerlichen und weitere Erfahrungen sammeln. Dazu gehört auch, dass einige Ärzte immer noch abwarten und nicht mitmachen. Zweitens müssen für die Fachärzte genügend zuweisende HZV-Ärzte in der Nähe sein und vice versa. Und dann ist für alle, für Hausärzte, Fachärzte und uns wichtig, dass wir permanent am Ball bleiben und schnell auf Veränderungsbedarf reagieren.

Wie werden die Verträge weiterentwickelt?

Alle Verträge werden kontinuierlich von Berufsverbänden und AOK begleitet. Dafür sorgt hinter den Kulissen ein Vorstands-Lenkungssauschuss, der durch Arbeitsgruppen von Spezialisten für medizinische Versorgung, Pharmakotherapie, Versorgungssteuerung, Prozesse, Abrechnung und Kommunikation unterstützt wird. Hier werden auch die Weiterentwicklungen wie die elf Neuerungen von HZV 2.0, die im Juli gestartet sind, vorbereitet. Darüber hinaus sorgt die langfristig angelegte wissenschaftliche Evaluation durch die Universitäten Frankfurt und Heidelberg dafür, dass wir aussagekräftige Daten erhalten, die wir selbstverständlich für die Weiterentwicklung der Verträge nutzen werden.

Dr. Werner Baumgärtner

Feste Preise – wir zeigen, dass es möglich ist

Für den Vorsitzenden von MEDI Baden-Württemberg, Dr. Werner Baumgärtner, repräsentieren die Verträge „eine völlig andere Art und Weise, wie wir Versorgung gestalten." Den Versicherten werde ein „umfassendes ambulantes Versorgungsangebot unter Führung der niedergelassenen Ärzte" gemacht. Schritt für Schritt ist ein ambulantes Versorgungsnetz entstanden, dessen starke Basis der Hausarztvertrag bildet.

MEDI-Vorsitzender Dr. Werner Baumgärtner über bisherige Erfahrungen mit den Facharztverträgen.

Warum sollten sich AOK- und Bosch BKK-Versicherte in die Facharztverträge einschreiben?

Dr. Werner Baumgärtner: Die Patienten erhalten im Vergleich zur Regelversorgung schneller einen Termin beim Facharzt oder Therapeuten. Zudem ist die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten vertraglich geregelt. Der Patient weiß es zu schätzen, wenn der Facharzt, zu dem er geht, mit dem Hausarzt, von dem er kommt, vernünftig zusammenarbeitet. Schließlich entfallen für Patienten bei vielen Arzneimitteln die Zuzahlungen.

Warum sollten Fachärzte mitmachen?

Zum Beispiel, weil sie feste Preise für ihre Leistungen erhalten. Wir widerlegen mit den Verträgen jeden Tag die von der Politik vertretene These, eine Bezahlung von Ärzten nach festen Preisen sei nicht möglich. Entscheidend ist auch, dass niedergelassene Fachärzte der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK genauso wichtig sind wie Krankenhäuser – das sieht in der aktuellen Gesundheitspolitik anders aus.

„Niedergelassene Ärzte sind der AOK genauso wichtig wie Krankenhäuser"

Wie klappt die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten?

Die Abgrenzung der Schnittstelle zwischen Hausarzt und Facharzt ist eine Herausforderung. Die Erfahrungen des KV-Systems haben die Denke vieler Kollegen geprägt: Jeden Euro, den der Kollege bekommt, kriege ich nicht. Dieses Denken in kommunizierenden Röhren wird im Hausarztvertrag und in den Facharztverträgen schrittweise überwunden.

Eines der Argumente für Facharztverträge ist der höhere Fallwert im Vergleich zum KV-System. Haben die Vertragspartner hier ihre Versprechen gehalten?

Ja, das haben wir. Dafür muss man nur die Honorarsumme, um die die Gesamtvergütung bereinigt wird, mit den Auszahlungen an die Fachärzte vergleichen: In allen Fachgruppen ist die Auszahlungssumme seit Start der Verträge um mindestens 25 Prozent höher als die Bereinigungssumme.

Copyright Ärzte Zeitung

Das „Wesentliche im Überfluss“: die Schänke des Hotels Adler in Hinterzarten

Während etwa jedes noch so kleine Detail eines Schwarzwaldhofs in einem jahrhundertelangen Prozess in der Konstruktion, des Zusammenlebens, der Arbeitsprozesse verändert und verfeinert wurde, hat heutzutage in der Gestaltung der eigenen Welt das Prinzip des Individualismus Platz gegriffen. Dabei sind uns die „Leitplanken der Konvention“ verlorengegangen – alles erscheint möglich. Die ehemalige Bauernschänke des Parkhotels Adler in Hinterzarten ist einer jener authentischen und auch gepflegten Orte, die ich in meiner alten Heimat noch finde, ohne Kunststoffsprossenfenster und falschem Holz. Leider ist im Schwarzwald noch keine neue Baukultur wie in Vorarlberg entstanden – mutig, aber mit Augenmaß und echtem Traditionsbewusstsein.

Foto: flohagena.com

Sicherer kalkulieren, intensiver kommunizieren, besser therapieren

Von Jürgen Stoschek

Teilnehmer eines Erfahrungsaustausches in Heidelberg setzen voll auf die Hausarzt- und Facharztverträge. Auch die Zusammenarbeit im Alltag zwischen Hausarzt- und Facharztpraxen sei bereits spürbar verbessert. Doch Zusammenspiel und Informationsaustausch könnten noch besser werden. Ärzte und Psychotherapeuten haben einige Vorschläge parat.

Versicherte, die sich in den Hausarztvertrag einschreiben, haben verstanden: Ihr Hausarzt kümmert sich ganz besonders um ihre medizinische Versorgung, indem er alle Behandlungsaspekte dokumentiert und koordiniert. Das zeigen Erfahrungen nach dem Wegfall der Praxisgebühr. HZV-Patienten kommen weiterhin in die Praxis, um sich eine Überweisung zum Facharzt zu holen, berichtete Dr. Irina Wittmann, die zusammen mit ihrem Ehemann in einer Gemeinschaftspraxis arbeitet und von Anfang an an der HZV teilnimmt. „Dagegen betreiben nicht eingeschriebene Patienten jetzt wieder mehr Doctor-Hopping“, schilderte die Hausärztin ihre Beobachtungen.

Geradezu typisch sei eine Patientin, die wegen anderer Beschwerden in die Praxis kam, und die zuvor mit ihren Rückenbeschwerden gleich drei Orthopäden direkt aufgesucht hatte. Einer der Kollegen verordnete Krankengymnastik und die beiden anderen Massagen. Zudem gaben alle drei Orthopäden, die nichts voneinander wussten, ein Rezept für ein Schmerzmittel mit. Zwei der Kollegen wollten der Patientin auch noch eine Injektion verabreichen.
Bei ihren HZV-Patienten habe sie derartiges noch nicht erlebt, berichtete Wittmann. „In der HZV ist die Arzt-Patienten-Bindung einfach sehr viel enger“, erklärte Wittmann.

„Wir haben klare wirtschaftliche Vorteile durch den Vertrag!“

Prof. Dr. Andreas Sieg
Facharzt für
Gastroenterologie

Vorteile für Arzt und Patienten

Für den Gastroenterologen Professor Andreas Sieg bietet der Facharztvertrag „klare wirtschaftliche Vorteile, denn erstmals können wir endoskopische Leistungen kostendeckend in der angezeigten Qualität erbringen“, sagte Sieg. „Wir haben kalkulationssichere Grundlagen für die Erstversorgung unserer Patienten.“ Und auch die Patienten hätten Vorteile, wenn sie sich einschreiben. „Als Gastroenterologen haben wir im Vertrag Leistungen, wie etwa die Kurznarkose, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt werden“, erläuterte Sieg. Dafür müssten die Patienten normalerweise 30 Euro bezahlen. Für Patienten im FacharztProgramm sei die Kurznarkose hingegen inklusive.

„In unserer Praxis empfehlen wir allen HZV-Patienten die Einschreibung in das FacharztProgramm.“ Ein wesentlicher Vorteil für eingeschriebene Patienten sei auch die raschere Terminvergabe. „Ein gewisser Service für die hausärztlichen Kollegen und die Patienten gehört schließlich dazu“, meinte Sieg.

„Die Arzt-Patientenbindung ist viel enger“

Dr. Irina Wittmann,
Fachärztin für
Allgemeinmedizin

Patienten brauchen Führung

Dr. Albertus Arends, seit 2001 niedergelassen und nach eigenem Bekunden „Hausarzt mit Leib und Seele“, betont, „dass Patienten schon ein wenig Führung brauchen“ und in der HZV ihren Hausarzt als denjenigen anerkennen, „der sie auf dem Weg durch die medizinische Versorgung begleitet“, so Arends. „Die meiste Resonanz kommt von den chronisch Kranken und auch die älteren Patienten wollen gerne in das HausarztProgramm.“ Bei jüngeren Patienten

bedürfe es mehr Überzeugungsarbeit. Oft helfe der Hinweis, dass Patienten im Hausarzt- und FacharztProgramm auch rasch einen Termin beim Facharzt bekommen. „Die zeitnahe Terminvergabe beim Facharzt funktioniert prima“, betonte Arends.
Ein großer Vorteil der HZV sei die pauschalierte und ungedeckelte Vergütung, die den Praxen sehr viel Abrechungsbürokratie erspare. Und auch für die Patienten sei die HZV von Vorteil, da die Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten besser sei.

Mehr Therapieoptionen im PNP-Vertrag

Kürzere Wartezeiten, genauere Diagnostik, mehr Therapieangebote für individuellere Behandlung, so können die Vorteile für die Patienten umrissen werden. Auch für Psychiater und Psychotherapeuten lohnt sich der Facharztvertrag, betonte Dr. Thomas Hug. „Wir sind nicht mehr gedeckelt und können wirtschaftlich für die Praxis arbeiten“, sagte Hug, der seit 1999 in Heidelberg niedergelassen ist und zusammen mit seiner Frau und zwei angestellten Fachärzten in einer Gemeinschaftspraxis für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie arbeitet. „Wenn wir Patienten in den Facharztvertrag einschreiben, sagen wir ihnen ganz ehrlich, dass sich dadurch auch die wirtschaftliche Situation unserer Praxis verbessert“, berichtete Hug. „Das sind offene Worte und die Patienten akzeptieren das.“

Es macht wieder Spaß Arzt zu sein“, sagte Hug mit Blick auf die Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen in den Hausarzt- und FacharztProgrammen. „Wir können die Patienten so versorgen, wie wir das nach unserem ärztlichen Wissen gerne möchten. Und müssen nicht gleichzeitig daran denken, wie wir das finanzieren. Dadurch sind wir freier in unserem Handeln und gegenüber unseren Patienten“, so Hug weiter.

Wichtig sei, dass es mehr Flexibilität gäbe durch Aufnahme von neueren Verfahren, die im KV-System nicht erstattet werden bzw. völlig unterfinanziert sind, zum Beispiel Gruppentherapie, erläuterte Hug. Eine solche Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten sei auch für Hausärzte interessant, die auf bestimmte Behandlungsmethoden für ihre Patienten fokussiert sind.

„Es macht in diesem System wieder Spaß, Arzt zu sein!“

Dr. Thomas Hug, Facharzt für Psychiatrie

„Die zeitnahe Terminvergabe beim Facharzt funktioniert prima“

Dr. Albertus Arends, Facharzt für Allgemeinmedizin

Erweitertes Therapieangebot im PNP-Vertrag:

- Biofeedback
- Elektromyografie (EMG)
- Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
- Gruppenbehandlung (klein bei Tiefenpsychologie)
- Gruppenbehandlung (groß)
- Hypnotherapie
- Interpersonelle Psychotherapie (IPT)
- Systemische Therapie

Er sei vor allem wegen der Hausarzt- und FacharztProgramme aus Rheinland-Pfalz nach Baden-Württemberg gewechselt, berichtete der Psychiater und Psychotherapeut Dr. Olaf Steinhausen, der seit einem Jahr als angestellter Arzt in der Gemeinschaftspraxis Dres. Hug, Hug-Papperitz arbeitet. „Eine koordinierte und rasche Behandlung ist gerade in unserem Fachgebiet sehr wichtig. Denn wenn eine Störung erst einmal chronifiziert ist, benötigen wir sehr viel Zeit, um das wieder zu korrigieren“, begründete Steinhausen seine Entscheidung.

Einiges lässt sich noch verbessern

In den Praxen sei nicht immer bekannt, welche Kolleginnen und Kollegen in der Umgebung an den Selektivverträgen teilnehmen, berichtete Dr. Irina Wittmann. Zwar gebe es im Internet (www.medi-verbund.de) aktuelle Informationen, doch schaue man während der Sprechstunde dort nicht immer nach, räumte sie ein. Wünschenswert sei daher eine regelmäßig aktualisierte Liste mit teilnehmenden Haus- und Fachärzten der näheren Umgebung.

Bessere Abstimmung bei Medikamenten und mehr Einschreibungen: Gerade der Informationsfluss über Medikamente, die die Patienten aktuell einnehmen, könnte nach Ansicht von Professor Sieg noch weiter verbessert werden. „Viele Patienten bringen bereits eine Liste mit Medikamenten mit, die sie einnehmen, so dass wir eventuelle Nebenwirkungen, die sich beispielsweise auf den Magen auswirken, erkennen können“, berichtete der Gastroenterologe. Diese Informationen aus der Zusammenarbeit mit den Hausärzten seien in den vergangenen Jahren zunehmend besser geworden. „Ganz hervorragend wäre es jedoch, wenn wir ein gemeinsames System mit einem zentralen Medikationsplan hätten“, erklärte Sieg.

„Ich bin wegen des FacharztProgramms nach Baden-Württemberg gekommen“

Dr. Olaf Steinhausen, Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie

Verbesserungsmöglichkeiten sieht auch Dr. Olaf Steinhausen, etwa bei der Einschreibung von Patienten. „Wenn noch mehr Patienten in den Hausarztvertrag eingeschrieben wären, könnten wir in vielen Fällen schneller mit der Behandlung beginnen“, so der Psychiater. Speziell an die Hausärzte äußerte Steinhausen den Wunsch, Patienten mit einer Panikattacke, bei denen eine organische Beteiligung ausgeschlossen wurde, sofort zu überweisen. „Denn Panikattacken werden von alleine meist nicht besser“, betonte Steinhausen. Patienten, die nicht angemessen behandelt sind, „werden irgendwann mit dem Notarzt in die Klinik eingeliefert. Das sind Kosten, die man sich sparen kann.“

Regelmäßige Informationen

Sie habe immer mal wieder Patienten, die von sich aus den Wunsch äußern, am HausarztProgramm teilzunehmen, weil sie davon gelesen oder gehört haben, berichtete Wittmann. Den jüngeren Patienten gehe es dabei meist um die Abendsprechstunde, die ihre Praxis ausschließlich für HZV-Patienten eingerichtet habe. Um noch mehr Patienten für die Hausarzt- und FacharztProgramme zu gewinnen, sollten die Krankenkassen nicht nur ihre Versicherten regelmäßig informieren, sondern auch den Praxen entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung stellen, empfahl die Hausärztin.

Konsens besteht auch darüber, dass in puncto gemeinsamer Fortbildung noch Handlungsbedarf besteht. Angeregt wurden zum Beispiel standardmäßig themenbezogene Qualitätszirkel, zu denen Haus- und Fachärzte zusammenkommen.

Haben Sie weitere Anregungen zu den Verträgen, dann schreiben Sie an: redaktion@neue-versorgung.de

Hohe Patientenzufriedenheit

Seit 2010 finden jährliche Versichertenbefragungen bei den Teilnehmern des AOK-Hausarzt- und FacharztProgramms statt: Die aktuelle Erhebung von 2013 zeigt wie in den Vorjahren ein hohes Maß an Zufriedenheit und Weiterempfehlungsbereitschaft.

Für diese seit 2010 vierte telefonische Befragung durch forsa im Auftrag der Prognos AG wurden per Zufallsstichprobe 600 Versicherte ausgewählt, die sich der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bewusst sind und gleichzeitig am FacharztProgramm teilnehmen. Im Fokus der Befragung standen erneut die Zufriedenheit der Versicherten mit dem Hausarzt- und dem FacharztProgramm, die Erwartungen der Teilnehmer sowie das Informations- und Einschreibeverhalten.

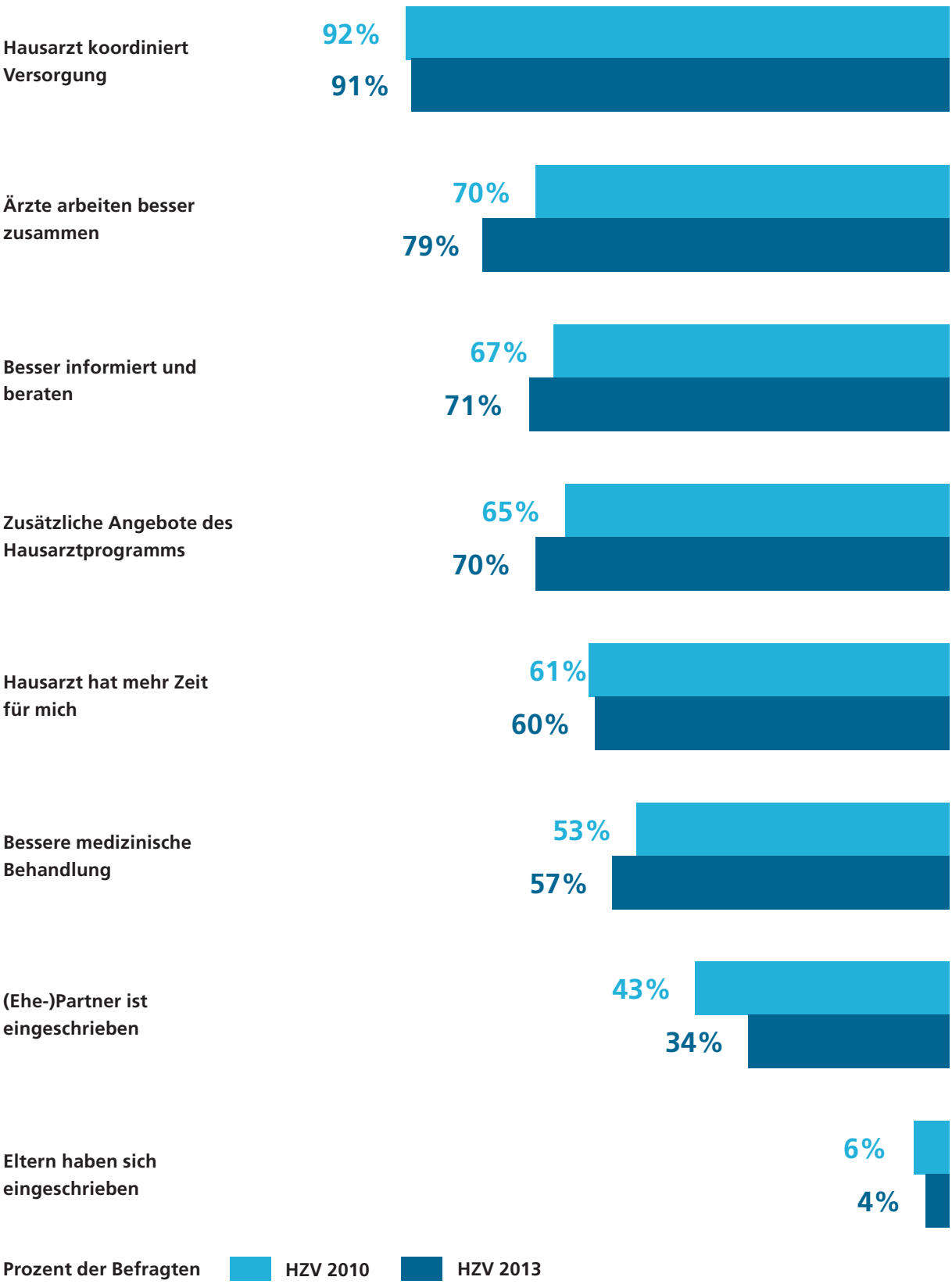
Gründe für die Teilnahme

Die Koordinationsfunktion des Hausarztes bei der Versorgung ist für 91 Prozent der Versicherten das Hauptmotiv, am HausarztProgramm teilzunehmen. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit einer repräsentativen Umfrage im Auftrag des AOK-Magazins „bleibgesund“, in der sich 95 Prozent der Befragten wünschen, dass die Behandlung durch verschiedene Ärzte im Krankheitsfall besser koordiniert wird. Als zweit- bzw. dritthäufigster Grund für die Teilnahme am HausarztProgramm wurde gegenüber forsa folgerichtig die Erwartung genannt, dass teilnehmende Ärzte besser zusammenarbeiten (79 %) sowie „besser informieren und beraten“ (71 %). Diese Erwartungen decken sich mit den Intentionen und der Ausgestaltung des Programms. Sie zeigen darüber hinaus, dass die Regelversorgung in diesen Punkten von den Patienten als defizitär empfunden wird.
Siehe Grafik →

Hohe Zufriedenheit – hohe Weiterempfehlungsrate

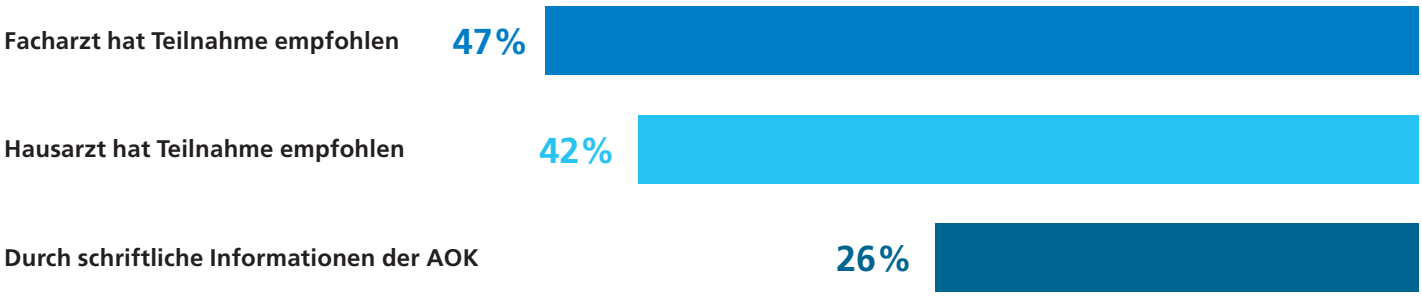
Die Zufriedenheitswerte sind seit dem Start der Selektivverträge konstant hoch. Sowohl das HausarztProgramm als auch das FacharztProgramm befriedigen die wichtigsten Erwartungen der Versicherten in hohem Maße: Von beiden Programmen sind jeweils 95 Prozent der Befragten „absolut überzeugt“, „sehr zufrieden“ oder „zufrieden.“ Die Weiterempfehlungsrate liegt bei 91 Prozent.
Aus älteren Befragungen ist dabei bekannt, dass die ärztliche Versorgungsqualität bereits vor Einführung der HZV von vielen Versicherten als gut empfunden wurde. Bemerkenswert ist deshalb, dass mehr als ein Drittel (35 %) der Versicherten seit Beginn der Teilnahme am HausarztProgramm eine Verbesserung der ohnehin als gut empfundenen Versorgungsqualität feststellen.
Diese positive Bewertung wird ergänzt durch die Einschätzung, dass 54 Prozent der Umfrageteilnehmer die Behandlung durch den Hausarzt seit der Einschreibung in den AOK-Hausarztvertrag als noch genauer empfinden. Diese positiven Werte werden auch durch die Ergebnisse der wissenschaftlichen HZV-Evaluation der Universitäten Frankfurt und Heidelberg aus dem letzten Jahr bestätigt. Dort konstatierten bei den Kriterien „Körperliche Untersuchung“ und „Gesundheits- und Vorsorgeangebote“ signifikant mehr Patienten Verbesserungen im Vergleich zur Regelversorgung.

Hauptgründe für die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm – Vergleich zwischen den Befragungen 2010 bis 2013



Quelle: AOK Baden-Württemberg

Wichtigste Informationswege zum FacharztProgramm



Quelle: AOK Baden-Württemberg

Schnelle Facharzttermine – kurze Wartezeiten

Von den Personen, die bereits an einen am FacharztProgramm teilnehmenden Kardiologen, Gastroenterologen oder Psychotherapeuten überwiesen wurden, gaben 66 Prozent an, immer innerhalb von 14 Tagen einen Termin erhalten zu haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht bekannt ist, ob diejenigen, die keinen Termin innerhalb von 14 Tagen erhielten, dies überhaupt wünschten. Allerdings ist das Wissen um die 14-Tage-Termin-Regelung nur 66 Prozent der Befragten bekannt, die Regelung für den akuten Fall sogar nur 46 Prozent.

Im Vergleich zu den Befragungen aus den Jahren 2010 und 2011 haben sich die Wartezeiten in den Hausarztpraxen bei vereinbartem Termin verkürzt: Knapp 80 Prozent gaben an, weniger als eine halbe Stunde zu warten. Diese Ergebnisse entsprechen dem subjektiven Empfinden der Befragten: Die große Mehrheit, nämlich 74 Prozent, gab an, dass sie die Wartezeiten in den Hausarztpraxen als sehr bzw. eher kurz empfindet.

Informationsquellen für Versicherte

Ärzte sind und bleiben die wichtigste Informationsquelle für die Versicherten – auch zum Thema Selektivverträge. Beispiel FacharztProgramm: Hier stellen erwartungsgemäß die Fachärzte die wichtigste Informationsquelle dar; ihre Empfehlung brachte 47 Prozent der Befragten ins Programm. Der Empfehlung der Hausärzte folgten 42 Prozent. Doch auch die schriftlichen Informationen der AOK haben an Bedeutung gewonnen: Während im Jahr 2012 nur 15 Prozent auf diesem Weg auf das FacharztProgramm aufmerksam wurden, waren es 2013 bereits 26 Prozent. *Siehe Grafik* ↑

Ergebnisse auf einen Blick:

- **Verbesserte Koordinierung und Zusammenarbeit der Ärzte sind wichtigste Erwartungen der Patienten.**
- **Konstant hohe Patientenzufriedenheit und Weiterempfehlungsquote im Hausarzt- und FacharztProgramm.**
- **Schnelle Terminvergabe und kurze Wartezeiten funktionieren weitgehend.**
- **Ärzte sind wichtigste Informationsquelle für Selektivverträge.**

Kapelle St. Johannes und Jakobus am Witthoh

Eine Bank unter einem Baum im Felde, ein Wegkreuz, eine Feldkapelle errichtet zum Dank oder zur Erinnerung - all dies sind kleine ‚Ausrufezeichen' in unserer schönen Kulturlandschaft, die wir alle lieben. So einen Ort hat ein privater Stifter zum Dank für ein erfolgreiches Leben gestiftet. Von einer Anhöhe der Alb überblickt diese die Hegauberge und bei schönem Wetter die Alpenkette. Eine Hülle aus lokalem Stein umhüllt einen geborgenen Raum mit raffinierten Seiten- und Oberlichtern, die zwei alte Heiligenskulpturen aus Holz beleuchten. Eine einfache Holzbank gibt im Sitzen durch ein rahmenloses Fenster den Blick frei auf die Hegauberge und die Schweizer Alpen – in Verbindung mit dem Kreuz davor eine Hommage an die Schöpfung.

Architekt: Günter Hermann

Foto: flohagena.com

Birgit Imdahl

PNP*-Vertrag: Nach vorne schauen und mitmachen!

Von Birgit Imdahl

Der PNP-Vertrag startete am 1. Januar 2013 auch für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater. Start für das Modul Psychotherapie war bereits im 3. Quartal 2012. Die 1. Vorsitzende des BVDN Landesverbands Baden-Württemberg, Birgit Imdahl, empfiehlt den Kolleginnen und Kollegen ausdrücklich, jetzt teilzunehmen.

Der Vertrag ist finanziell attraktiv, versorgungspolitisch ein deutlicher Fortschritt und bietet die einzigartige Chance, alternative Honorar- und Versorgungsstrukturen umfassend und im direkten Vergleich zum Kollektivvertrag zu etablieren.

Versorgungspolitische Tragweite

Der PNP-Vertrag hat das Potenzial, die Versorgung zu verbessern, die Patienten schneller in die Behandlung einzuschleusen und damit Krankenhausaufenthalte und Drehtüreffekte zu reduzieren. Die Fachkollegen verpflichten sich dazu, die von den teilnehmenden Hausärzten kommenden Patienten rasch aufzunehmen und damit einen wichtigen Beitrag zu leisten, dass weniger Arbeitsunfähigkeitstage anfallen, weniger Chronifizierung auftritt und weniger Berentungen notwendig werden.

Das sind Forderungen und Versorgungsdefizite, die nicht neu sind und uns zum Teil schon viele Jahre mit steigender Tendenz begleiten; im weitgehend zentral gesteuerten Kollektivvertrag werden wir diese Probleme auf absehbare Zeit nicht lösen können. Deshalb haben wir zusammen mit den Kollegen aus den anderen Berufsverbänden so lange und so intensiv an der Vertragsgestaltung mitgearbeitet: Wir wollen eine auf unsere Bedürfnisse in Baden-Württemberg abgestimmte Versorgungsstruktur aktiv mitgestalten und dauerhaft etablieren! Bisher waren die Verhandlungen mit

Durchschnittliche Fallwerte im ersten Quartal 2013:

Bereich Psychiatrie: 127 Euro
Steigerung bis zu 50 % (KV Q4/2012: 82,44 Euro)

Bereich Neurologie: 95 Euro
Steigerung über 35 % (KV Q4/2012: 69,65 Euro)

Bereich Nervenheilkunde: 105 Euro
Steigerung über 40 % (KV Q4/2012: 74,90 Euro)

Quelle: MEDIVERBUND

** Psychotherapie, Neurologie, Psychiatrie*

der AOK und der Bosch BKK geprägt durch eine sehr offene und respektvolle Kooperation. Unsere Argumente sind im Laufe der Verhandlungen berücksichtigt und weitestgehend umgesetzt worden, wobei MEDI entschieden die Interessen unseres Verbandes vertreten hat. Ich appelliere daher an alle Unentschlossenen, diese historische Chance zu nutzen und sich in den Vertrag einzuschreiben, um selbst eigene Erfahrungen zu sammeln.

Im KV-System dreht sich das Hamsterrad weiter

Auch berufspolitisch ist der Vertrag von großer Bedeutung, da hier erstmals Patienten ohne Fallzahlbegrenzung behandelt werden können, das Morbiditätsrisiko also nicht auf den Arzt abgewälzt wird, wie im KV-System. Wir bekommen erstmals jede Leistung ausgezahlt.

Es gibt keine Leistungskürzungen durch Budgetierungen und kein RLV, welches in jedem Fall ausgeschöpft werden muss, um nichts zu verlieren, daher auch kein Hamsterrad. Dass mancher Kollege auf verbesserte Vergütungsbedingungen im KV-System in den letzten Jahren verweist, ist zwar sachlich richtig, aus meiner Sicht jedoch kurzsichtig, da damit keine einzige unserer Forderungen nach leistungsgerechter Vergütung der Einzelleistung erfüllt ist und das Hamsterrad sich weiter dreht.

Leistungsgerechte Einzelfallvergütung

Die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele spiegeln sich in der Honorierung wider. Wir werden besser bezahlt. Die Gesprächsleistung pro 10 Minuten liegt bei 17,50 Euro, im KV-System bei 13,49 Euro. Auch auf neurologischem Gebiet konnte eine deutlich bessere Vergütung erreicht werden. Das ist für uns ein deutlicher Zugewinn. Ebenso wie in den anderen 73c-Verträgen wird das Morbiditätsrisiko innerhalb des PNP-Vertrages vollständig von der Krankenkasse übernommen und es gibt keine Fallzahlbegrenzung und auch keine Budgetbegrenzung mehr. Im 1. Quartal 2013 lag mein Fallwert im PNP-Vertrag bei 110 Euro, im Durchschnitt aller Teilnehmer im Bereich Psychiatrie bei 127 Euro. Viele Kolleginnen und Kollegen berichten ebenfalls von positiven Erfahrungen, auch wenn in den ersten Monaten in vielen Praxen noch die Integration der Informationstechnologie in die Praxis-EDV eine gewisse Herausforderung darstellt.

Erste Erfahrungen anderer Teilnehmer mit dem PNP-Vertrag

Saadet Arda, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie aus Ulm, Dr. Norbert Breitinger, Facharzt für Neurologie aus Heidenheim und Dr. Ernst Zeller, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie aus Stuttgart, sind überzeugt, dass die Teilnahme am PNP-Vertrag der richtige Weg ist.

Saadet Arda:
„Meine Patienten sind sichtlich positiv überrascht, dass sie zeitnah einen Therapieplatz bzw. einen Termin bekommen und die Therapie rasch begonnen wird. Aus meiner Sicht ist es eine riesige Erleichterung, dass die Beantragung einer Psychotherapie wegfällt und ich gemeinsam mit meinen Patienten die Therapieentscheidung treffen kann. Zu überbrückbaren Verzögerungen kann es kommen, wenn sich Patienten vorher noch bei ihrem Hausarzt informieren und in das HausarztProgramm eintragen müssen."

Dr. Norbert Breitinger:
„Ich sehe den PNP-Vertrag als notwendige und wichtige Alternative zur reinen KV-Abrechnung. Im letzten Quartal wurden gut 180 Patienten im Vertrag behandelt. Meine Erfahrungen sind positiv. Die Vergütung liegt dabei über dem KV-Wert. Das Handling der Patienten und der Verwaltung ist einfach. Außer Anlaufschwierigkeiten sehe ich keine Hürden. Einfache Abrechnung, simple Strukturen, so kann man es auf einen Nenner bringen!"

Dr. Ernst Zeller
„Der Vertrag erlaubt mir, gerade Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen medizinisch , d.h. psychiatrisch-psychotherapeutisch adäquat zu behandeln. Im RLV kann ich bei diesen Patienten nur ein Gespräch im Quartal abrechnen – damit lässt sich keine sinnvolle Behandlung durchführen. Ich sehe daher zwei entscheidende Vertragsvorteile: Bedürftige Patienten können gut versorgt werden und uns Ärzten macht die Arbeit wieder Freude, weil sie an den Bedürfnissen der Patienten ansetzt."

„Grüne Architektur“ in Schwetzingen

„Sind Sie Außen- oder Innenarchitekt?" Auf diese mir häufig gestellte Frage antworte ich: „Ich bin Architekt." Die eindrucksvolle Gartenanlage rund um das Schwetzinger Schloss hat grüne Wände: Baumstämme wirken wie Säulenreihen, auch sind die „Räume" möbliert. Wir alle spüren, wenn Innen- und Außenräume gekonnt zusammenwirken, wenn Blicke und Licht wie Schatten wohltuend inszeniert sind. Diese übergreifende Betrachtung ist auch heute noch unser Handwerk als Architekt. Dazu braucht es kein Schloss, das funktioniert auch bei einem Wohn- oder Geschäftshaus.

Entwurf: Nicolas de Pigage u. a.; Foto: flohagena.com

Mehr Kapazität, bessere Koordination

Patienten und Psychotherapeuten profitieren vom neuen PNP-Vertrag. Seit dem 1. Juli 2012 steht mit der Psychotherapie als Modul des PNP-Vertrags ein weiteres wichtiges Versorgungsgebiet im AOK-FacharztProgramm der AOK Baden-Württemberg den Versicherten, die an der HZV teilnehmen, zur Verfügung. Dabei zeigt sich: Die reduzierte Bürokratie hat neben dem Abbau von Wartezeiten auch zu Kapazitätserweiterungen geführt.

Die Facharztverträge von MEDI und den Berufsverbänden mit der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK sind eine „sehr sinnvolle Ergänzung" der HZV – „sie machen die HZV für die Hausärzte und ihre Patienten attraktiver, denn sie ermöglichen Patienten den schnellen, gezielten Zugang zu einer spezifischen Therapie." Allgemeinärztin Stephanie Moore, die seit dem Beginn vor fünf Jahren bei der HZV mitmacht, sagt dies aus fester Überzeugung.
Insbesondere der Aspekt der schnellen Termine sei für die Patienten ein wichtiges Signal, sich ins Hausarzt- und FacharztProgramm einzuschreiben. Das zweite überzeugende Argument sei die qualifizierte und strukturierte Versorgung.

Patienten beginnen in der AU-Phase zügig eine Therapie

Für eine Psychotherapie sind Wartezeiten von einem halben bis drei viertel Jahr nicht unüblich. Viele Patienten sind mit der Organisation überfordert, scheitern oft schon an der Hürde Anrufbeantworter, berichtet der Psychologische Psychotherapeut Rolf Wachendorf. Der PNP-Vertrag habe hier zu Veränderungen geführt. So profitieren auch diese oft sozial benachteiligten Patienten, die nun mithilfe ihres Arztes schnell einen Termin erhalten, von dem neuen Angebot.

Wachendorf musste die Abläufe in seiner Praxis umstellen. Dem Psychotherapeuten fällt auf, dass durch den PNP-Vertrag nun sehr viele Menschen, die krankgeschrieben sind, als akute Fälle in die Praxis kommen.

Zuvor sei die Kommunikation zwischen dem überweisenden Hausarzt und dem Psychotherapeuten „ein schwarzes Loch" gewesen, sagt Wachendorf. Jetzt finde ein geregelter schriftlicher Austausch statt.

Rolf Wachendorf Psychologischer Psychotherapeut aus Esslingen

Dr. Stephanie Moore Fachärztin für Allgemeinmedizin aus Ostfildern

Beim PNP-Vertrag verzichten die AOK und die Bosch BKK auf Gutachten und Vorab-Genehmigungen der Sitzungen. Die mehr als drei Stunden, die ansonsten für das Schreiben eines Gutachtens draufgehen, kommen jetzt der Versorgung zugute, sagt der Psychotherapeut.

Auch die verbesserte Vergütung ohne Fallzahlbegrenzung hat zu Kapazitätsausweitungen geführt. Nach Wachendorfs Kenntnisstand haben Kolleginnen und Kollegen landesweit etwa 50 neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die vermehrte Versorgungstätigkeit aufgrund des Selektivvertrags angestellt.

Im ersten Halbjahr des neuen Vertrags fiel das durchschnittliche Honorar mit 104,05 Euro pro Sitzung rund 32 Prozent höher aus als im KV-System (78,80 Euro), hat Wachendorf ausgerechnet. Anders als bei der KV-Abrechnung würden beim PNP-Vertrag die ersten zehn Therapiesitzungen besser als die nachfolgenden bezahlt. Das sei auch richtig so, da die ersten Gespräche die schwierigeren seien.

Mehr Gruppentherapie erzeugt auch mehr Therapieplätze

Und noch einen Rationalisierungseffekt benennt Wachendorf: Der Anteil der Gruppensitzungen ist im PNP-Vertrag mehr als 4,2-mal so hoch wie in der KV-Versorgung (7,33 % zu konstant gebliebenen 1,73 %). Eine Gruppentherapie mit vier Patienten, die z. B. unter sozialen Ängsten leiden, sei als Behandlung und organisatorisch „sehr effektiv." Das helfe ebenfalls, mehr frühe Termine vergeben zu können.

Strukturierte Versorgung – ein Fallbeispiel:

- **Frau K. (38) klagt über Schlafstörungen, beginnende Ohrgeräusche, Unruhe, Daueranspannung, fehlende Belastbarkeit, Rückzug von Menschen und Aktivitäten, Selbstablehnung, Traurigkeit, Verzweiflung, Ängste. Sie fühlt sich am Ende ihrer Kräfte. An Medikamente „glaubt" sie nicht.**
- **Hausärztin Stephanie Moore schreibt die Patientin krank und überweist sie zur PNP-Therapie. Für den übernächsten Tag ermöglicht der Psychotherapeut Rolf Wachendorf einen Termin.**
- **Er führt beim Erstkontakt die Überlastungsreaktionen auf Ehe- und Arbeitskonflikte sowie jahrelange Selbstabwertungen zurück. Diagnose: ICD-10 F: 32.1 depressive Störung, mittel.**
- **Zur kurzfristigen Stabilisierung und um Kraft für die folgende Behandlung der Depressionen zu gewinnen, stimmt Frau K. der zeitlich begrenzten Einnahme eines Schlafmittels zu.**
- **Der Psychotherapeut informiert die Hausärztin per Fax, dass Frau K. in die PNP-Behandlung aufgenommen wurde und sie wegen der Arzneimittelverordnung zu ihr kommt.**
- **Frau K. beginnt ein „Auftankprogramm." Sie spricht wieder mit ihrem Mann. Die Arbeitsfähigkeit ist nach zwei Wochen hergestellt. In der weiteren Behandlung wird für den Therapeuten das Ausmaß der Depression, für die sich Frau K. schämte, sichtbar. Die kognitive Verhaltenstherapie bringt ihr Entlastung.**
- **Hausärztin Moore bestätigt die Wirkung der Psychotherapie: Die Patientin ist entspannter und hoffnungsvoller. Sie kooperiert bei der Therapie; ihre Praxisbesuche haben Kontinuität.**
- **Stephanie Moore mag den PNP-Vertrag nicht missen. Ohne ihn sei die Versorgung schwierig: Die Patienten scheiterten oft an den langen Wartezeiten für ein Erstgespräch. Wenn sie sich nach 14 Tagen wieder vorstellten, hätten sie bis zu zehn Therapeuten angerufen, aber noch immer keinen persönlichen Kontakt gehabt. Die Verzögerungen erzeugten einen bürokratischen Teufelskreis und führten zur Chronifizierung von Erkrankungen. Straff organisierte Versorgungsabläufe kommen den Patienten zugute, lobt die Ärztin die Selektivverträge.**

Copyright Medical Tribune

Schnelle Termine beim Kardiologen

Die zeitnahe, abgestimmte Betreuung gemeinsamer Patienten gehört zu den Merkmalen des AOK-Hausarzt- bzw. -FacharztProgramms in Baden-Württemberg. Drei Beteiligte berichten von ihren Erfahrungen.

Seit Februar 2009 nimmt Heide Grüner aus Möglingen am HausarztProgramm der AOK teil. Und seit drei Jahren wird sie auch im FacharztProgramm von Privatdozent Dr. Ralph Bosch und seinen Kollegen aus dem Cardio Centrum Ludwigsburg-Bietigheim betreut.

Zur Kontrolle ihrer Herzbeschwerden stehen regelmäßige Untersuchungen beim Spezialisten mit Belastungs-EKG und Ultraschall sowie die Überprüfung ihres Herzschrittmachers an. Das Zusammenspiel zwischen Haus- und Facharzt funktioniert reibungslos. Die ausführliche Befunddokumentation mit Therapieempfehlungen des Facharztes erhält Frau Grüner sofort im Anschluss an ihre Behandlung und übergibt diese ihrem HZV-Arzt Dr. Michael Friederich in Markgröningen. Der hausärztliche Internist scannt den Arztbrief für die Patientenakte und übergibt ihn ihr anschließend wieder für ihre Unterlagen.
Heide Grüner ist sehr zufrieden und fühlt sich gut versorgt. Als Hauptvorteil wertet sie die schnelle Terminvermittlung.

Welche HZV-Patienten profitieren?

Grundsätzlich alle, meint Dr. Friederich. Er habe keine Probleme, im Landkreis Ludwigsburg Gastroenterologen, Kardiologen, Psychiater, Neurologen oder Psychotherapeuten zu finden, die am 73c-Facharztvertrag teilnehmen. Dr. Bosch betont, dass es wichtig sei, dass sich noch mehr Hausärzte an der HZV beteiligen. Denn mangele es an HZV-Patienten, lohne sich für Kardiologen die 73c-Teilnahme nicht; schließlich seien damit auch Investitionen verbunden. Rund 900 der 6000 Patienten, die pro Quartal ins Cardio Centrum kommen, nähmen am Facharztvertrag teil. Für sie würden extra „Termin-Slots“ freigehalten.

Mit der in der Vertragssoftware hinterlegten Arzneidatenbank kommen die beiden Ärzte bei ihren Therapien gut zurecht. Auch neue Medikamente seien dort als Rabattprodukte gelistet, so Dr. Bosch. Für die AOK-Patienten in der HZV sei die Zuzahlungsbefreiung bei rabattierten Arzneien ein echter Vorteil.

Dr. Friederich, der ca. 85 Prozent seiner Patienten in der HZV betreut, nutzt gerne das Instrument Medikamentenplan. Damit überprüft er auch die Therapietreue. Es freut ihn, wenn sich Patienten auf dem Plan Notizen machen (z. B. Zuordnung Tablette zu Erkrankung, Gewichtstagebuch). Mithilfe der Praxis-IT löst Dr. Friederich auch seine Terminanfragen bei den Facharztpraxen aus. Seine Befundberichte schickt er noch per Fax mit. Allerdings würde er sich – genauso wie Dr. Ralph Bosch vom Cardio Centrum – wünschen, wenn Befundabfragen zukünftig online via VPN möglich würden.

Vorbild für andere Bundesländer

„Kolleginnen und Kollegen aus anderen Bundesländern schauen ein wenig neidisch auf die Facharztverträge in Baden-Württemberg“, bemerkt Dr. Bosch, der auch Landesvorsitzender des BNK im Südwesten ist. Nach Angaben der MEDIVERBUND AG lagen im ersten Quartal 2013 die

durchschnittlichen Fallwerte im Kardiologievertrag mit 163 Euro (invasive Leistungen) und 94 Euro (nicht-invasiv) jeweils rund 20 Euro über dem KV-Niveau. „Die baden-württembergischen 73c-Verträge bieten sich als Muster für weitere Selektivverträge an", so Dr. Bosch.

Verträge, die sich permanent weiterentwickeln

Als ein Beispiel für die Weiterentwicklung des FacharztProgramms nennt Dr. Bosch die Druckdrahtmessung. Seit dem 1. Juli 2013 bezahlen AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK den Kardiologen die Materialkosten, damit bei einer diagnostischen Herzkatheteruntersuchung geklärt werden kann, ob eine Stentimplantation nötig ist. „Die Kostenübernahme für den Druckdraht ermöglicht es den Kardiologen, bei leitlinienkonformer Indikation diese effektive Untersuchungsmethode wirtschaftlich zu erbringen", erklärt Dr. Bosch.

Viel Lob hat Dr. Friederich für die Weiterentwicklungen des AOK-HausarztProgramms („HZV 2.0"). Dass damit – fünf Jahre nach dem Start der HZV – eine Anhebung des durchschnittlichen Fallwerts auf 85 Euro verbunden ist, findet er angemessen. Unter anderem wurden neue Leistungen eingeführt, z. B. ab 1. Juli ein Zuschlag von vier Euro zur kontaktunabhängigen Pauschale P1 für jeden HZV-Patienten, der beim FacharztProgramm mitmacht. Der Zuschlag honoriert die vertraglichen Anforderungen hinsichtlich der engen und kontinuierlichen Kooperation zwischen den Programmen. Darüber hinaus gibt es auch eine Ergänzung zur Chronikerpauschale P3 für besonders versorgungsaufwendige Patienten in Höhe von 15 Euro/Quartal ab Oktober, wenn mindestens drei unterschiedliche chronische Erkrankungen vorliegen. Neu ist auch eine Quartals-Pauschale in Höhe von 15 Euro für Patienten, die in einem Pflegeheim leben und dort auch behandelt werden. Auch der Impfzuschlag wurde von zwei auf drei Euro angehoben.

Zufriedene Teilnehmer (v.l.n.r.): Kardiologe PD Dr. Ralph Bosch, Patientin Heide Grüner, Hausarzt Dr. Michael Friederich

Copyright Medical Tribune

Dr. Norbert Smetak

Kardio-Vertrag: Signal für die Sicherung der Fachgruppe

Für den Bundesvorsitzenden des Berufsverbands der Kardiologen zeigt sich der Vertrag als „lernendes System".

Bald dreieinhalb Jahre nach dem Start des Kardiologie-Vertrags im Dezember 2009 zieht der Vorsitzende des Berufsverbands Niedergelassener Kardiologen (BNK), Dr. Norbert Smetak, ein positives Zwischenfazit: „Die praktische Umsetzung des Vertrags läuft gut", das gelte besonders für die Akzeptanz der fachlichen Inhalte.

Mit 173 Kardiologen in Baden-Württemberg machten fast drei Viertel der Kollegen in der Fachgruppe mit, berichtet Smetak. Der Vertrag setze ein Signal für die Sicherung der ambulanten fachärztlichen Versorgung. Herausforderungen ergäben sich noch von Zeit zu Zeit bei der Vertrags-Software. Viele Kollegen hätten angesichts ihrer Erfahrungen mit dem Vertrag anfängliche Vorbehalte abgebaut. So gestalte die Krankenkasse zwar die Versorgung mit – aber nicht gegen, sondern mit den Ärzten. „Die Therapiepfade ändern sich, die Therapiehoheit des Arztes bleibt aber unangetastet", berichtet der BNK-Vorsitzende.

Als besonders positiv bewertet Smetak, dass der Vertrag sich als „lernendes System" bewährt habe. So hätten die Vertragspartner beispielsweise bei der Vergütung schnell reagiert und nachjustiert, als sich zeigte, dass die Behandlung von Hypertonie-Patienten weniger attraktiv war als in der Regelversorgung.

Seine Kollegen schätzen laut Smetak die im Selektivvertrag verbesserte Zusammenarbeit mit Hausärzten – die schnellere Befundübermittlung im Vergleich mit dem KV-System und der strukturierte Arztbrief seien dafür nur zwei Gründe. Erste Evaluationsdaten zeigten zudem, dass sich die Kontinuität der Versorgung gerade bei schwer kranken Patienten verbessert habe, so Smetak weiter.

Die Vertragspartner haben sich zum Ziel gesetzt, dass Kardiologen vermehrt an Qualitätszirkeln von Hausärzten teilnehmen und der interdisziplinäre Austausch so gestärkt wird.

Copyright Ärzte Zeitung

Archaisch anmutende Mauern im Dunstkreis der Heidelberger Schlossruinen

Vor der (notwendigen) Energiediskussion waren Mauern massiv und homogen, Tragkonstruktion und Oberfläche zugleich. Heute sind sie fast immer „Vorsatzschale", aufgehängt an komplizierten Edelstahlankern; dahinter Beton und Dämmstoffe, bis zu 20 cm inzwischen und mehr. Hier, beim neuen Besucherzentrum, sehen die Wände aus wie dicke mittelalterliche Wandscheiben, welche auf die berühmte romantische Schlossruine Heidelberg nebenan verweisen, mit tiefen, archaischen Fensterlaibungen. Die Wirkung entsteht, weil Schränke und Nebenräume in den Wänden geschickt in die Wandvolumen integriert sind.
Entwurf: Max Dudler; Foto: flohagena.com

Patientenbegleiter – Brückenbauer und Unterstützer

Von Sonja Feihle

Damit Hausarzt- und Facharztverträge ihre Vorteile entfalten können, müssen die teilnehmenden Ärzte im Praxisalltag gut zusammenarbeiten und schnell qualifizierte Informationen austauschen. Diese Prozesse können die Krankenkassen unterstützen. Die Bosch BKK macht dies konkret in Form einer Person, dem Patientenbegleiter.

Diese in medizinischem, pflegerischem und sozialrechtlichem Fachwissen geschulten Mitarbeiter der Kasse können Patienten und Ärzte entlasten. Und sie können die den Ärzten vorliegenden Informationen um Hinweise zum häuslichen, beruflichen und sozialen Umfeld des Patienten ergänzen.

„Ärzte möchten Medizin machen – mit unseren Patientenbegleitern können wir etwas dazu beitragen, dass sie sich tatsächlich auf die medizinische Versorgung ihrer Patienten konzentrieren können", erklärt Bosch BKK-Vorstand Bernhard Mohr. Neben der medizinischen Seite können auch Faktoren wie Arbeit, Familie oder Wohnverhältnisse Einfluss auf die gesundheitliche Situation und den Umgang mit einer Erkrankung haben. Hausbesuche oder ausführliche Gespräche mit dem Patienten und seinen Angehörigen ermöglichen dem Patientenbegleiter, Einblicke in die familiäre und soziale Situation zu gewinnen und die medizinische Versorgung durch eine ausführliche psychosoziale Beratung zu ergänzen. In vielen Fällen gibt es einiges zu organisieren, ob Anträge auf Leistungen aus der Kranken- und Pflegeversicherung oder von der Rentenversicherung, passende Hilfsmittel oder Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung. Dies sind Aufgaben, die Patienten oft überfordern; der Arzt hat aber häufig nicht genug Zeit, sie dabei zu unterstützen.

Informationslücken füllen

Ist die Unterstützung durch einen Patientenbegleiter gewünscht, wird der Patient von einem einzigen Patientenbegleiter betreut. Dieser kann den Patienten den gesamten Behandlungsweg von Hausarzt zu Facharzt und über Sektorengrenzen hinweg begleiten. Insofern hat der Patientenbegleiter einen umfassenden, kontinuierlichen Überblick über alle Behandlungsphasen hinweg und kann bei Bedarf als Brückenbauer zwischen Haus- und Facharzt fungieren. „Kommunikationsdefizite zwischen Haus- und Fachärzten kann der Patientenbegleiter zwar nicht ausgleichen", betont Bernhard Mohr. „Doch er kann Informationen beisteuern, die den Ärzten fehlen, etwa zur wohnlichen, beruflichen oder familiären Situation des Patienten. Auch die Einbindung von Angehörigen oder Nachbarn in die häusliche Betreuung kann er anregen und mit diesen besprechen." In Gesprächen, etwa mit Orthopäden, habe sich zudem gezeigt, dass diese nach einer Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus häufig keine Informationen erhalten, wie die stationäre Behandlung dort verlaufen ist. Auch dies ist eine mögliche Informationslücke, die ein Patientenbegleiter schließen kann, da er den Patienten über diverse Versorgungsstationen hinweg betreut.

Feedback und Empathie

Der Internist Dr. Michael Friederich hat die Erfahrung gemacht, dass die Patientenbegleiter mit ihrem geschulten Blick zu einer besseren ambulanten Versorgung der Patienten beitragen. „Gegenseitiges Feedback sensibilisiert, Probleme oder Fragen wahrzunehmen, die in der Routine leicht untergehen können", so Dr. Friederich. Insofern sei es hilfreich, wenn neben dem Hausarzt noch jemand

Der Patientenbegleiter ergänzt die medizinische Versorgung durch eine psychosoziale Beratung

die Versorgungssituation des Patienten kontinuierlich im Auge behält, insbesondere wenn die Verwandten des Patienten weit weg wohnen. „Der Patientenbegleiter fragt zum Beispiel regelmäßig beim Patienten nach, ob die Medikamenteneinnahme klappt. Bei Problemen kann er mir einen Hinweis geben oder dem Patienten empfehlen, mich darauf anzusprechen." Wichtig sei auch die Empathie, mit der die Patientenbegleiter den Patienten begegnen sowie die Fähigkeit, als Nicht-Mediziner zu „übersetzen", wenn dem Patienten etwas unklar geblieben ist.

Gute Erfahrungen hat auch Pia Lemke, Psychotherapeutin in Murrhardt und Teilnehmerin am PNP-Vertrag, gemacht: „Es ist gut, wenn Patientenbegleiter Versicherte auf das FacharztProgramm hinweisen, erläutern wie es funktioniert und den Kontakt zu mir herstellen. Dadurch können sie helfen, dass schnell an den berufsbedingten oder familiären Problemen gearbeitet werden kann." Zur Zusammenarbeit mit den Hausärzten meint Pia Lemke: „Vom Hausarzt benötige ich einen Befundbericht mit psychotherapeutisch relevanten Befunden. Da kann es eine Arbeitserleichterung sein, wenn der Patientenbegleiter dem Hausarzt einen entsprechenden Hinweis gibt."

Vertragliche Basis

Basis für die Arbeit der Patientenbegleiter sind die Hausarzt- und Facharztverträge nach §§ 73b und c SGB V. Im Hausarztvertrag haben MEDI, Hausärzteverband und die Bosch BKK definiert, bei welchen Diagnosen die Einschaltung eines Patientenbegleiters sinnvoll sein kann. Durch die Vertragssoftware erhält der Arzt bei entsprechender Diagnosestellung automatisch einen Hinweis und kann über eine hinterlegte „Schnellinformation" per Fax direkt die Unterstützung eines Patientenbegleiters anfordern.

Zu den definierten Erkrankungen gehören kardiale, renale, orthopädische, onkologische, geriatrische, dementielle, neurologische und depressive Erkrankungen. An diesen Diagnosen zeigt sich bereits die Verbindung zu den Facharztverträgen, die einen großen Teil dieser Erkrankungen abdecken. Bei den Facharztverträgen kann die Patientenbegleitung bisher besonders bei Patienten mit psychischen Erkrankungen den Behandlungsprozess beschleunigen. Aber auch bei kardialen oder gastroenterologischen Erkrankungen kann ein Patientenbegleiter eingeschaltet werden. Die Entscheidung, in welchen Fällen dies sinnvoll ist, trifft der Haus- oder Facharzt. Der Gefahr aus Sicht von Ärzten, die Patientenbegleiter könnten sich in medizinische Belange einmischen, setzen bereits die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz Schranken. „Es geht bei der Patientenbegleitung weder darum, sich in die Behandlung des Arztes einzumischen noch darum, abstrakte Prozesse zu installieren", betont Bosch BKK-Vorstand Bernhard Mohr. „Vielmehr steckt dahinter ein Mensch, der, wenn es Not tut, einfach zum Hörer greift, um Probleme zu lösen oder Aufgaben abzunehmen."

Mehr zum Thema:
Einen Einblick in die Arbeit der Patientenbegleiter bietet ein siebenminütiger Film unter www.Patientenbegleitung.de. Dort gibt es auch Informationen zur wissenschaftlichen Evaluation der Patientenbegleitung, bei der auch Ärzte und Krankenhaussozialdienste zu ihren Erfahrungen befragt wurden.

Informieren, kümmern und vernetzen – der Arztpartner-Service der AOK

Von Frank Hartmann

Der Arztpartner-Service (APS) der AOK Baden-Württemberg ist als regionaler Ansprechpartner für teilnehmende Ärzte in den Selektivverträgen fest verankert. Ein Bericht über die Entwicklung seit dem Start vor sechs Jahren.

Der Gesetzgeber hatte mit der Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) für chronisch Kranke im Jahr 2003 Krankenkassen und Ärzten ein großes Arbeitspaket auferlegt. Speziell in Baden-Württemberg war die Ärzteschaft zu Beginn der DMP-Einführung in der Bewertung der Programme geteilter Meinung, zwischen völliger Ablehnung und eingeschränkter Zustimmung.

Den Startschuss bildeten die DMP-Programme

Im Jahr 2007 entschloss sich die AOK Baden-Württemberg dazu, die internen Strukturen zu verändern: Mit der Einführung des Arztpartner-Services (APS) wurde die Kommunikation mit den teilnehmenden Ärzten auf eine ganz neue Basis gestellt. „Partner“ stand nicht ohne Hintersinn in der Bezeichnung dieser neuen Organisationsform. Kernaufgabe des APS war zunächst, ein Vertrauensverhältnis zwischen AOK und Arztpraxis herzustellen. Rückwirkend betrachtet kann man durchaus von der Notwendigkeit sprechen, in der Vergangenheit entstandene Gräben wieder zuzuschütten. Ziel war schon damals, über einen intensiveren Kontakt zu den Ärzten zukünftig mehr miteinander statt übereinander zu reden. Die Notwendigkeit, gemeinsam mit den teilnehmenden Ärzten, chronisch kranken Menschen ein strukturiertes Behandlungsprogramm anzubieten, entsprach bereits zu diesem Zeitpunkt dem Selbstverständnis der AOK Baden-Württemberg – und ist es auch heute.

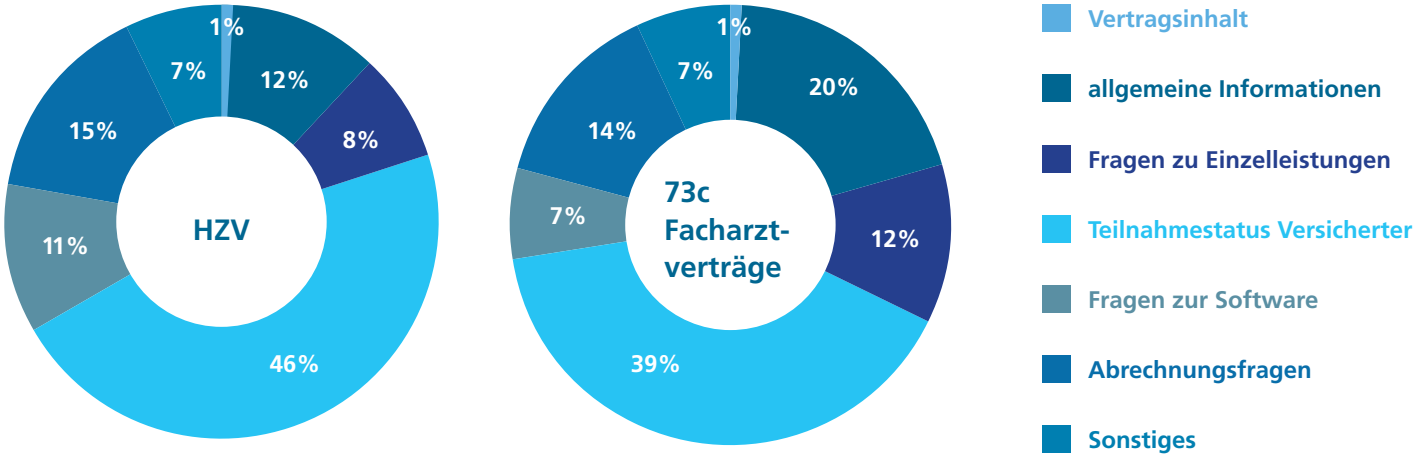
Die Weiterentwicklung: „Vernetzer“ zwischen HZV-Ärzten, Fachärzten und AOK

Die Rolle des APS als Vermittler und erster Ansprechpartner für teilnehmende Ärzte wurde im Rahmen der Vertragsschließung des HZV-Vertrages 2008 deutlich gestärkt. Der APS ist als regionaler Ansprechpartner für teilnehmende HZV-Ärzte im Vertrag fest verankert. Gerade zu Beginn des

Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender AOK Baden-Württemberg:

„Bei der Kommunikation und Erläuterung der Vertragsinhalte und deren Umsetzung beschreitet die AOK Baden-Württemberg mit ihrem Arztpartner-Service (APS) neue Wege. Die dezentral in ganz Baden-Württemberg tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen den teilnehmenden Praxen als Berater, Kümmerer und „Vernetzer“ zur Verfügung. Sie leisten über persönliche Kommunikation vor Ort ihren Beitrag zu einem partnerschaftlichen Miteinander und einer erfolgreichen Vertragsumsetzung.“

Zu welchen Themen hat der APS in Bezug auf die Selektivverträge am häufigsten Kontakt mit den teilnehmenden Praxen?



Quelle:
AOK Baden-Württemberg

HZV-Vertrages war der APS hier stark gefordert. So galt es, offene Fragen der Hausärzte aufzunehmen und zu beantworten, sowie bei Kritik am Vertrag zu vermitteln und somit Unsicherheiten und mögliche Irritationen aufzulösen.

Im Laufe des Jahres 2009 kam der Facharztvertrag Kardiologie als erstes Facharztmodul mit verschiedenen Schnittstellen zur HZV-Versorgung dazu. Auch hier – wie in Folge für alle weiteren Facharztverträge – wurde der APS als regionaler Ansprechpartner vertraglich verankert. Entsprechend führte dies zu einer erneuten Erweiterung der Rolle des APS: Nicht nur steht er den Fachärzten mit Rat und Tat zur Seite, er ist zudem Kontaktperson für alle Fragen, die das konkrete Zusammenspiel zwischen Hausarzt- und Facharztverträgen betreffen. So ist ein Kernelement aller Facharztverträge die Orientierung am konkreten Versorgungsbedarf der jeweiligen Erkrankung, welcher sich durch die korrekte Verschlüsselung gemäß ICD 10 abbildet. Hierzu gibt es im Praxisalltag immer wieder Fragen.

Für Anregungen und Kritik am APS der AOK wenden Sie sich direkt an:
Frank.Hartmann2@aok-bw.de

Drei Fragen an Frank Hartmann, APS-Verantwortlicher der AOK

Welche Rolle nimmt der APS im Rahmen der Selektivverträge ein?
Der APS soll teilnehmende Ärzte bei der Umsetzung der Selektivverträge wo immer möglich unterstützen, z. B. durch Schulungen des Praxispersonals vor Ort oder der Klärung von vertragsspezifischen Fragen. Er ist in jedem Vertrag deshalb explizit als Kontakt der AOK Baden-Württemberg genannt. In dieser Rolle ist er grundsätzlich erster Ansprechpartner zu AOK-spezifischen Themen im Rahmen dieser Verträge.

Welche Erfahrungswerte liegen in diesem Bereich vor?
Generell kann man von sehr positiven Erfahrungswerten sprechen. Der APS ist für die Praxis „das Gesicht vor Ort" der AOK. Er fungiert als Informationsgeber, als Unterstützer, als Sparringspartner, und manchmal auch als Ventil, wenn es zu Unstimmigkeiten kommt. Die geleistete Unterstützung und die Möglichkeit der direkten Ansprache sind auch Ausdruck der Wertschätzung für die Praxisteams, was von diesen auch überwiegend so verstanden wird.

Gibt es auch negative Stimmen?
Nun, die gibt es natürlich auch. Allerdings liegt das Verhältnis bei 95 Prozent positiven Rückmeldungen zu 5 Prozent negativen. Sehr häufig ist die negative Meinung ursächlich historisch begründet: Zum Beispiel durch einen Regress, der schon viele Jahre zurückliegt, oder eine unglücklich gelöste Beschwerde eines Patienten. Lässt man den APS aber erst einmal zu sich, verändert sich das bisherige Bild der AOK nachhaltig positiv.

Raum des Lichts in Neresheim

Die lichtdurchfluteten Kirchen des schwäbischen Barocks haben nichts von der Erdenschwere der Romanik, vom Stemmen gegen die Schwerkraft in der Gotik, das den Menschen klein und schwach erscheinen lässt. Hier in der Klosterkirche Neresheim von Balthasar Neumann ist der Mensch mündig und erhaben – Lebensfreude zieht in den Kirchenraum ein: Licht als Ausdruck des Göttlichen wie auch als Stimulans des Lebens. Leichtigkeit und Licht sind Geschwister – in der Sprache wie in der menschlichen Stimmungslage. Grund genug, auch in unseren Wohn- und Arbeitsräumen die wirkliche Kraft des Lichts zu nutzen – zu oft sehe ich sie zur reinen „Lux-Versorgung" degradiert.

Entwurf: Balthasar Neumann
Foto: flohagena.com

Den Vorsprung ausbauen – fünf Jahre HZV in Baden-Württemberg

Von Ruth Sharp

Gut fünf Jahre ist es her, dass in Baden-Württemberg der bundesweit erste Vollversorgungsvertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung unterzeichnet wurde. Grund zum Feiern – und noch eins draufzusetzen: Am 8. Mai 2013, dem Jahrestag der Vertragsunterzeichnung, gaben die Vertragspartner im Rahmen einer Festveranstaltung die „Vertragsversion 2.0" mit vielen Neuerungen bekannt.

„Wir sind angetreten, den Hausärzten wieder den aufrechten Gang beizubringen", so Dr. Berthold Dietsche, Vorsitzender des Landesverbandes Baden-Württemberg im Deutschen Hausärzteverband zu Beginn der Jubiläumsveranstaltung am 8. Mai 2013 in Stuttgart. „Das ist uns gelungen, und das war ganz wesentlich Ihr Verdienst, wie Sie alle hier sitzen", rief er den fast 1.000 Hausärzten und Medizinischen Fachangestellten (MFA) im gut gefüllten Hegelsaal der Stuttgarter Liederhalle bei der Jubiläumsveranstaltung zu.

Mut und Beharrlichkeit wurden belohnt

Schließlich gehörte für die Praxen auch eine Portion Mut dazu, sich auf den bundesweit ersten Hausarztvertrag der Vertragspartner Hausärzteverband Baden-Württemberg, MEDI-Verbund und AOK Baden-Württemberg einzulassen – nach Jahrzehnten im KV-System, mit dem man sich trotz aller Widrigkeiten notgedrungen arrangiert hatte. Der Einstieg in die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) stellt noch heute einen Eingriff in die Organisationsstruktur der Praxis dar, ist verbunden mit einer Umstellung der Praxis-EDV, mit einer neuen Fortbildungspflicht und einem zunächst fremden Vergütungssystem. Hinzu kamen damals Kinderkrankheiten wie anfängliche Softwareprobleme und Verwerfungen bei der Bereinigung aus der Gesamtvergütung. Denn die damalige KV-Spitze in Baden-Württemberg ließ nichts unversucht, um den HZV-Ärzten Knüppel zwischen die Beine zu werfen.

„Wir müssen froh sein, heute hier feiern zu können", stellte Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg rückblickend fest. Mit Dr. Christopher

Hermann, dem Vorstandsvorsitzenden der AOK Baden-Württemberg, und Hausärzte-Chef Dietsche war er sich einig: „Wir sind die drei, die auszogen, das Fürchten zu lernen – und wir haben alle Probleme in der Zusammenarbeit sehr gut gelöst“, sagte er.

Dafür gab es schon zu Beginn der Veranstaltung Lob seitens der badenwürttembergischen Gesundheitsministerin Katrin Altpeter (SPD). In ihrem Grußwort versprach sie, sich für rechtliche Rahmenbedingungen einzusetzen, die eine Weiterentwicklung der HZV ermöglichen.

Der HZV-Vertrag hält seine Versprechen

Rückblickend stellten die Vertragspartner fest, dass sie alle Versprechen einhalten konnten, die sie vor fünf Jahren gegeben hatten. Die drei Hauptziele lauteten damals, eine strukturierte und verbesserte Versorgung aufzubauen, die an die regionalen Begebenheiten in Baden-Württemberg angepasst ist, Bürokratie abzubauen und ein stabiles und planbares Honorarsystem mit festen Preisen zu etablieren, das den tatsächlichen Versorgungsaufwand abbildet.

Dies alles wurde erreicht. „Der Fallwert liegt bei 81,25 Euro, und wir konnten die anfängliche Kritik widerlegen, die Pauschalen würden dazu führen, dass die Hausärzte ihre Patienten nur noch zum Facharzt durchwinken“, erklärte Dietsche und verwies auf die wissenschaftliche Evaluation des Hausarztvertrags der AOK Baden-Württemberg, die der HZV eine bessere und intensivere Versorgung insbesondere chronisch Kranker attestiert. Die Abrechnung sei einfach und gleichgeblieben in ihrer Struktur, die immer noch auf einem Bierdeckel Platz habe.

HZV 2.0 – das ändert sich im AOK-Vertrag

In Stuttgart stellten die Vertragspartner auch ein kompaktes Maßnahmenpaket zur Weiterentwicklung des AOK-Hausarztvertrags vor. Nicht umsonst lautete das Motto der Jubiläumsfeier in Stuttgart „Den Vorsprung ausbauen – fünf Jahre HZV.“ „Wir müssen die Versorgungsnotwendigkeiten nach vorne bringen“, erläuterte AOK-Chef Hermann. „Zwei Drittel der HZV-Patienten sind chronisch krank, und danach wurde der Vertrag ausgerichtet. Die →

Fast 1000 Hausärzte und Praxismitarbeiterinnen kamen zur Festveranstaltung in die Stuttgarter Liederhalle

Die Weiterentwicklungen im HZV-Vertrag von AOK, Hausärzteverband und MEDI im Überblick

1. VERAHmobil
Für einen VW Up! zahlen alle HZV-Praxen mit mindestens einer VERAH nur 99,06 Euro im Monat bei einer Vertragslaufzeit von drei Jahren. Die Vertragspartner übernehmen 100 Euro pro Monat.

2. Anhebung Vertreterpauschale
Die Pauschale steigt von 12,50 Euro auf 20 Euro pro Quartal.

3. Neue Pauschale Multimorbidität
Ergänzung zur Chronikerpauschale P3 für besonders versorgungsaufwändige Patienten. Abrechenbar mit 15 Euro pro Quartal ab 01.10.2013 (bei Patienten mit mindestens drei unterschiedlichen chronischen Erkrankungen aus 18 für die hausärztliche Versorgung wichtigen Krankheitsbereichen).

4. Neue Pauschale Pflegeheim
Neu für alle HZV-Patienten, die in einem Pflegeheim leben und dort behandelt werden. Die Pauschale beträgt 15 Euro und kann einmal im Quartal abgerechnet werden.

5. Neue Kooperationspauschale
Für jeden HZV-Patienten, der auch ins AOK-Facharztprogramm eingeschrieben ist, erhält der Hausarzt für Kooperationsaufwände einen Zuschlag von vier Euro auf die kontaktunabhängige Pauschale P1.

6. AOK-Check 18+
Umfassender, kostenloser Gesundheitscheck inklusive Beratung für Versicherte zwischen 18 und 34 Jahren, die in die HZV eingeschrieben werden (Basis: ausführlicher Anamnesebogen). Einmalige Pauschale von 40 Euro bei Einschreibung in die HZV.

7. Anhebung Impfzuschlag
Der Impfzuschlag wird von zwei Euro auf drei Euro erhöht.

8. Veränderte Arzneimittelquote
Neue Berechnungsgrundlage für die Arzneimittelquoten:

Art der Quote	Definition	Zuschlag (auf P2)
Grün 1	≥ 90 %	1,5 Euro
Grün 2	80 bis < 90 %	1,0 Euro
Grün Nec-aut-idem	≤ 5 %	1,0 Euro
Rot 1	≤ 3 %	2,5 Euro
Rot 2	> 3 bis ≤ 6 %	1,5 Euro

Blauquote bleibt unverändert. Pro Farbe (Grün, Rot, Blau) wird pro Quartal max. ein Zuschlag ausgezahlt.

9. Übernahme OTC-Arzneimittel bis 18 Jahre
Für alle in der HZV versicherten Kinder und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind vom HZV-Arzt verordnete apothekenpflichtige, aber verschreibungsfreie Arzneimittel kostenlos (sog. OTC-Arzneimittel; in der Regel pflanzenheilkundliche oder homöopathische Arzneimittel).

10. Sicherstellungszuschlag
Zur Unterstützung von Projekten zur nachhaltigen Sicherung der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg wird ein Fördertopf eingerichtet. Die Finanzierung erfolgt über einen vergütungsneutralen Zuschlag auf die Pauschale P1 in Höhe von einem Euro.

11. Neues spezielles Fallmanagement
Einführung eines intensivierten hausarztbasierten Fall-Managements für speziell ausgewählte chronisch kranke, multimorbide Patienten ab 01.01.2014.
Die Betreuung erfolgt durch den Hausarzt sowie seine speziell weitergebildete MFA. Honorierung: 80 Euro pro Fall und Quartal.

! Häufige Fragen und Antworten zu den Weiterentwicklungen finden Sie unter: www.neue-versorgung.de und auf den Internetseiten der Vertragspartner

→ Multimorbidität wird noch zunehmen", prognostizierte er. Dem tragen elf Neuerungen Rechnung. Insgesamt rechnen die Vertragspartner durch das Paket neuer Angebote und Pauschalen, das sie unter dem Arbeitstitel „HZV 2.0" zusammengefasst haben, mit einer Erhöhung des Fallwerts auf etwa 85 Euro pro Quartal.

Weitere Anreize für jüngere Patienten

Künftig soll der AOK-Hausarztvertrag im Südwesten aber auch für Familien und jüngere Versicherte attraktiver werden. Letztes Jahr wurde bereits das Hautkrebsscreening für eingeschriebene Versicherte ab einem Alter von 20 Jahren eingeführt. Seit Juli diesen Jahres gibt es den AOK-Check 18+, einen Gesundheits-Check für Versicherte im Alter zwischen 18 und 34 Jahren. Damit wird eine Versorgungslücke geschlossen, indem schon frühzeitig ggf. einem alterstypisch riskanten Lebensstil beratend entgegengewirkt werden kann. Außerdem werden OTC-Präparate für eingeschriebene Kinder und Jugendliche über das zwölfte Lebensjahr hinaus bis zur Volljährigkeit erstattet.

Fortsetzung der HZV-Evaluation

Wie sich die Neuerungen auf die Patientenversorgung auswirken werden, sollen auch weitere wissenschaftliche Untersuchungen zeigen. Wie schon bei der ersten Evaluation des AOK-Hausarztvertrages werden die Versorgungsforscher Prof. Gerlach und Prof. Szecsenyi mit ihren Teams auch an der weiteren Evaluation des Vertrags maßgeblich beteiligt sein. Als Schwerpunkte für die Jahre 2013 bis 2015 nannte Prof. Szecsenyi die Versorgungsqualität, beispielsweise in der geriatrischen Versorgung, den Einsatz der VERAH und Motivationsfaktoren der Patienten für eine Teilnahme an der HZV.

Bundesweite Referenzen

Anlässlich der Veranstaltung in Stuttgart nahmen die Spitzen des Hausärzteverbandes, Ulrich Weigeldt und Eberhard Mehl, sowie Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI GENO Deutschland, zur bundesweiten Bedeutung der Selektiverträge Stellung.

Welche Eindrücke nehmen Sie mit nach Hause?

Weigeldt: Der Landesverband Baden-Württemberg hat gemeinsam mit MEDI und der AOK eine beeindruckende Festveranstaltung mit knapp 1000 Besuchern auf die Beine gestellt. Diese breite Basis dokumentiert, dass hier eine faire Vertragspartnerschaft mit einer langen Lebensdauer zwischen der AOK Baden-Württemberg, MEDI und dem Hausärzteverband entstanden ist.

Mehl: Es ist unglaublich authentisch, wie die drei Vertragspartner zusammengearbeitet haben, das wurde auf der Bühne gut demonstriert. Hier zeigt sich, dass man Versorgungsstrukturen am besten verbessern kann, wenn man trotz der Gegensätze, die es naturgemäß zwischen Kassen und Ärzteverbänden gibt, zusammenarbeitet.

Welche Bedeutung hat der AOK-Hausarztvertrag im Südwesten für das Berufsbild des Hausarztes?

Weigeldt: Herausheben möchte ich die Unterstützung durch die Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH), die insgesamt zu einer deutlichen Entlastung der Hausärzte führt. Der Verband hat dazu ein eigenes Qualifizierungsmodell aufgelegt, das MFAs einen niedrigschwelligen Zugang zur Weiterqualifizierung bietet. Dieses wird gut angenommen, als Folge kann sich der Hausarzt wieder auf seine Kernaufgaben konzentrieren. Aufgrund dieser zukunftsweisenden Vertragsstrukturen, aber →

→ auch aufgrund der Vertragskultur, entschließen sich erste junge Mediziner in Baden-Württemberg wieder, eine eigene Praxis zu eröffnen.

… und für die Entwicklung der HZV bundesweit?

Mehl: Zudem ist der AOK-Vertrag in Baden-Württemberg die Blaupause für alle anderen Verträge, auch für Schiedssprüche. Weil der AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg so gut läuft, sind in den Schiedsverfahren zu Hausarztverträgen, die in anderen Bundesländern laufen, die unparteiischen Schiedspersonen, aber zunehmend auch die Krankenkassen und Aufsichtsbehörden gewillt, den Absatz 5a § 73b SGB V Wirtschaftlichkeit im engsten Sinne so auszulegen, dass die HZV noch lebbar bleibt. Zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung wäre eine Streichung des Absatzes 5a die einzig richtige Lösung.

Ihre Einschätzung zur Zukunft der Facharztverträge?

Dr. Baumgärtner: Nur durch aufeinander abgestimmte Hausarzt- und Facharztverträge entsteht ein schlüssiges Versorgungskonzept – insbesondere für die chronisch kranken Patienten, deren Zahl stetig zunimmt. Wir sind in Baden-Württemberg in dieser Kombination auch mit den 73c-Verträgen bundesweiter Vorreiter. Ebenso wie in der HZV machen auch bei Facharztverträgen nur Vollversorgungsverträge und keine Add-on-Verträge Sinn, weil bei Add-on-Verträgen die Unwägbarkeiten der KV-Vergütung erhalten bleiben und feste Preise nicht vereinbart werden können.

Seit 2004 hat der Gesetzgeber über den § 73c SGB V die Möglichkeit geschaffen, Verträge zu besonderen fachärztlichen Versorgungsformen abzuschließen. Allerdings ist alarmierend, dass von diesem Recht bis heute nur wenige Kassen in Deutschland Gebrauch gemacht und die Chance für eine nachhaltige Versorgungsverbesserung genutzt haben.

Deshalb fordern wir, dass auch die Facharztverträge analog zu den Hausarztverträgen für die Krankenkassen verpflichtend werden. Nur so kann ein echtes und nachhaltiges Alternativangebot zum Kollektivsystem entstehen.

Ulrich Weigeldt

Dr. Werner Baumgärtner

Eberhard Mehl

Innovativer Service im AOK-Vertrag: Mit dem neuen VERAHmobil auf dem Weg zum Routinehausbesuch.

Die Versorgung wird mobil

Ein Höhepunkt der Veranstaltung war die Vorstellung von „VERAHmobil“: Die Fahrzeuge sind wichtigster Teil einer Mobilitätsoffensive zur Verbesserung der ambulanten Versorgung: Die Vertragspartner wollen in den nächsten fünf Jahren über 1000 solcher Kleinwagen mit einheitlichem Aussehen auf die Straße bringen. Die Resonanz auf den neuen Service ist sehr gut: Stand Ende Juli lagen bereits fast 200 Bestellungen vor. „Die Hausarztpraxis wird zunehmend zur Teampraxis“, ergänzt Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. „Gerade die Versorgung einer steigenden Anzahl von Patienten mit mehreren, oft chronischen Krankheiten wird immer komplexer und anspruchsvoller.“

Als VERAHmobil-Modell stehen einheitlich gestaltete weiße VW up! zur Verfügung. Zu Sonderkonditionen von knapp 100 Euro Eigenanteil im Monat können HZV-Praxen, die mindestens eine VERAH beschäftigen, ein Auto leasen. Die Vertragspartner übernehmen den Rest. „Der Service ist auch eine Anerkennung der Arbeit der Mitarbeiterinnen, und wir geben der VERAH ein Arbeitswerkzeug an die Hand geben, um den Arzt bei Hausbesuchen entlasten zu können. Damit demonstriert die Praxis so auch nach außen, dass hier eine besondere hausärztliche Versorgung stattfindet“, erläutert Berthold Dietsche. Als gutes Vorbild ging MEDI-Chef Dr. Werner Baumgärtner voran, der sich gleich vor Ort ein VERAHmobil bestellte.

Weitere Informationen gibt es unter www.verahmobil.de

Lebensraum Wasser

Wasser übt meist eine große Faszination auf uns Menschen aus – sowohl als natürliches Element, als auch im architektonischen Kontext. Ein Steg, der auf das Wasser hinaus führt – als kleine, reversible Intervention –, erlaubt uns gewissermaßen „übers Wasser zu gehen“ und so ans Ufer – auf das Land – zurückzublicken. Eine ähnliche Anziehungskraft geht auch von Schiffsanlegern an Seen oder prächtigen Piers, wie wir sie etwa aus Brighton in England oder Scheveningen in den Niederlanden kennen, aus. Dabei kann das Wasser ganz verschiedene Wirkungen auf uns ausüben: beruhigend mit kleinen Wellen am See oder in einem „reflecting pool“, belebend bei starker Brandung oder an einem schnell strömenden Fluss, meditativ an einem gemächlich und gleichmäßig sprudelnden Brunnen.
Foto: flohagena.com

Prof. Klaus-Dieter Kossow

Die HZV als logische Folge einer langen Entwicklung

Prof. Klaus-Dieter Kossow, heutiger Ehrenvorsitzender und langjähriger Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes, erinnert daran, wie es zu den Hausarztverträgen kam und wagt einen Blick in die Zukunft.

Zielgerichtetes Handeln ist ohne Planung, Definition des Weges und Überprüfung des Handlungsergebnisses nicht möglich. Das gilt auch für die Behandlung von Erkrankungen. In Aufbau und Ablaufstruktur des deutschen Gesundheitswesens werden diese Selbstverständlichkeiten bis heute weitgehend gar nicht oder nur am Rande berücksichtigt. Unter dem Schlagwort freie Arztwahl wird Patientinnen und Patienten in unserem System auch die Wahl der Versorgungsebene (Hausarzt – Facharzt – Subspezialist – Ambulanz eines Krankenhauses) überlassen. Damit obliegt die wichtigste Steuerungsfunktion den Betroffenen und damit medizinischen Laien.

1960

Abschaffung Sprengelarztsystem

Dies war solange kein Problem, wie jede Familie ohnehin ihren Hausarzt hatte und zunächst diesen konsultierte, bevor im Anschluss eventuell eine Facharzt- oder Krankenhausbehandlung infrage kam. Um 1960 hat das Bundesverfassungsgericht das hierzulande etablierte Sprengelarztsystem, welches faktisch ein Primärarztsystem war, wegen Nichtvereinbarkeit mit dem Verfassungsgrundsatz der freien Berufsausübung abgeschafft. Fortan konnte sich jeder Arzt zunächst in jedem Fachgebiet frei niederlassen wie er wollte. Erst als dies die Finanzkraft der gesetzlichen Krankenversicherung überforderte, wurde eine Bedarfsplanung nach Fachgebieten gegliedert eingeführt. Da war das Kind bereits in den Brunnen gefallen. Der ärztliche Nachwuchs bestand schon ab ca. 1985 aus einer Mehrheit von Krankenhaus- und Fachärzten. Insbesondere durch die Fachgebietsinteressen und durch die Notwendigkeit der Spezialisierung wurde die hausärztliche Versorgung schlechter gestellt und sogar diskreditiert. „Opas Praxis ist tot!“, hieß es. Die hausärztliche Tätigkeit wurde im Vergleich zu anderen Fachgebieten weniger attraktiv, obwohl sie bei steigendem Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten stärker nachgefragt wurde als noch 20 Jahre zuvor.

1989

§ 73 SGB V: Teilung in haus- und fachärztliche Versorgung

Bereits 1989 wurde die vertragsärztliche Versorgung im Paragraphen § 73 SGB V in eine hausärztliche und fachärztliche Versorgung geteilt. Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen wurde aufgegeben, auf der Grundlage der Ärzte-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses das Nähere zu regeln. 14 Jahre lang passierte aber nichts. Es

gab lediglich Versuchsansätze auf freiwilliger Basis wie den Hausarzt-Hausapotheker-Vertrag mit der Barmer Ersatzkasse, der jedoch vom Landessozialgericht Thüringen nach einer Klage der Kassenärztlichen Vereinigung zerschossen wurde. Und dies auch erst nach jahrelangen Gesprächen und Verhandlungen.

2003 & 2007

HZV: Von der Soll-Bestimmung zur Muss-Vorschrift

Daraufhin handelte ab 2003 bzw. 2007 der Gesetzgeber. Das Resultat ist im AOK-Lexikon gut zusammengefasst: „Die hausarztzentrierte Versorgung wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2003 zunächst als Soll-Bestimmung eingeführt, die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 in eine verpflichtende Vorschrift umgewandelt wurde. Demnach haben Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung anzubieten, die an spezifische Anforderungen gebunden ist."

2010

HZV: Finanzierungsvorbehalt im GKV-Finanzierungsgesetz

War die Vergütung im Rahmen der HZV zunächst Verhandlungssache der Vertragspartner, folgte mit dem GKV-Finanzierungsgesetz vom 20. Dezember 2010 gleich wieder eine Einschränkung, die Vertragsabschlüsse und den Ausbau vorhandener Verträge bis heute massiv behindert: Für Verträge, die nach dem 22. September 2010 zustande gekommen sind, soll sich die Vergütung am Grundsatz der Beitragssatzstabilität orientieren; die durchschnittlichen Fallwerte in einem Hausarztvertrag sollen jene der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nicht überschreiten.

2013 – 2023

Deutschland braucht – und hat – eine neue Versorgung

Wenn aber die starren Regeln des KV-Systems auch für den Selektivvertrag gelten sollen, dann kann man gleich beim KV-System bleiben. Gerade das macht Selektivverträge ja aus, dass sie Flexibilität erlauben und sich an regionale Bedürfnisse anpassen lassen. Diese Option, Versorgung zu gestalten, sollte nicht aus der Hand gegeben werden. Die Selektivverträge sind der einzige Bereich, in dem ein Interessensausgleich zwischen Krankenkassen und Ärzten zum Vorteil des Patienten stattfindet. Hier ist echter Wettbewerb möglich, zum Beispiel auf tariflicher Ebene. So sollten Versicherte, die sich für ein effizienteres Versorgungsmodell entscheiden, einen günstigeren Tarif erhalten.

An einer effizienteren Versorgungsform wie der HZV wird in Zukunft kein Weg vorbei führen. Ohne Steuerung der Versorgung durch Hausärzte – und nur sie sind für die Lotsenfunktion im Gesundheitswesen wirklich ausgebildet – ist unser Gesundheitssystem langfristig nicht finanzierbar. Der Patient liegt bei der Wahl des Facharztes oft falsch, die Folge ist eine Fehl- oder Überversorgung. Diese kostet nicht nur unnötig Geld, sondern mindert auch die Versorgungsqualität.

Die HZV dagegen ist aus mehreren Gründen wirtschaftlicher. Die Vergütung in Pauschalen bietet Anreize, den Patienten durch Schulung bzw. Coaching mehr in die Gesunderhaltung einzubinden, sowie Leistungen an nichtärztliches Personal wie bspw. die VERAH zu übertragen. Dadurch lässt sich die Leistungseffizienz stark verbessern. Wenn die Gesellschaft davon ausgeht, dass Patienten befähigt werden müssen, für einen Teil der Prävention selbst zu sorgen und über Therapiemaßnahmen mitzubestimmen, dann wird dies ohne die HZV wohl nur schwer zu organisieren sein.

HZV plus Facharztverträge bilden zukunftsfähige Versorgungslandschaft

Die Steuerung des Patienten zum richtigen Facharzt tut ein Übriges. Hier spielen angegliederte Facharztverträge eine wichtige Rolle: Die in den Verträgen angelegten Behandlungspfade garantieren eine Therapie nach aktuellen medizinischen Leitlinien, und sie regeln die Schnittstelle zwischen Haus- und Facharzt. So wird verhindert, dass der Hausarzt den Patienten zu lange weiterbehandelt und es zu einer Unterversorgung kommt. Die Voruntersuchung durch den Hausarzt lässt den Facharzt gleich an der richtigen Stelle ansetzen und schützt den Patienten vor Fehl- oder Überversorgung.

Mit der HZV und den angegliederten Facharztverträgen ist es in Baden-Württemberg gelungen, eine zukunftsfähige Versorgungslandschaft aufzubauen – eine echte Alternative zum Kollektivvertragssystem, das ich in seiner derzeitigen Form für langfristig nicht überlebensfähig halte.

Raum – Interventionen zum Wohlfühlen in unserer „dritten Haut“

Von Professor Roland Dieterle

Einen Großteil unserer Lebenszeit verbringen wir in geschlossenen Räumen. Unser Wohlbefinden hat somit nicht nur mit dem sprichwörtlichen „Wohlfühlen in unserer Haut“ zu tun, sondern in gewissem Sinne auch mit der räumlichen Hülle, die uns umgibt. Ein Essay über gesunde Strukturen in der Architektur, die uns in vielerlei Hinsicht wieder aufleben lassen können.

Ein Gespür für den eigenen Körper ist wichtig für die Gesundheit. Eine gepflegte Haut und gute Kleidung heben unser Selbstwertgefühl. Gilt dies analog auch für unsere „dritte Haut“, für den Raum, der uns umgibt? Sind wir gesund und fühlen uns wohl, ist Gesundheit eher kein Thema für uns. Wenn wir uns in einem Raum wohlfühlen, dann nehmen wir das eher unterbewusst wahr.

Emotionale Behaglichkeit von Lebensräumen planen und spüren

Räume sorgen dafür, dass uns nicht zu kalt, zu warm, zu windig ist. Auch nicht zu laut, zu hell oder zu dunkel. Neben diesen Komfortbedürfnissen sind es weitere Aspekte, die wir eher unterschwellig wahrnehmen: Räume mit all ihren Elementen strahlen etwas aus, das uns auch emotional Behaglichkeit oder Unbehagen vermittelt.

Bewusst oder unbewusst stimulieren Räume verschiedene Seinszustände. Verlangt schon die Perzeption, die bewusste Wahrnehmung unserer räumlichen Umgebung ein geschultes Verhalten, so trifft dies umso mehr für die Antizipation oder Projektion zu.

Unsere gebaute Umwelt ist alles andere als perfekt: Betonwüsten, ästhetische Entgleisungen, Unmaßstäblichkeit, schlechte Bauqualität, maximales Gewinnstreben oder der Zwang zur Innovation, ohne dass es dem Menschen nutzt – es gibt vieles in der Architektur, wogegen (und wofür) es sich zu kämpfen lohnt, vieles, das unser Engagement erfordert. „Nothing is perfect“ – das gilt in vergleichbarem Ausmaß auch für unser Gesundheitssystem.

Auswirkung guter Gestaltung und Architektur

Eine positive Gestaltung unserer gebauten Umwelt geht einher mit der Bewahrung der natürlichen Umwelt. Die Toleranz oder vielleicht sogar „Amnesie“ gegenüber einem unschönen und auch ungesunden räumlichen Umfeld sehe ich in Analogie dazu, wie ich manche Menschen als taub gegenüber ihrem eigenen Körper und ihrer Gesundheit wahrneheme. Atmosphäre zu gestalten ist ein komplexer, ganzheitlicher Prozess: Proportion, Orientierung, Lichtgestaltung, Materialität und Farbigkeit, Möblierung, Haptik, Akustik, Klima, Sicherheit – alle diese Faktoren spielen zusammen. Während die Entwicklung von Produkten umfassende Tests mit Prototypen erlaubt, ist jedes Haus und jeder Raum ein Unikat. Hier setzt nach meinem Verständnis auch die eigentliche Intervention des Architekten an. Bauphysik ist Handwerk wie Blutdruckkontrolle – Gebäude atmen, schwitzen und bewegen sich. Statische Sicherheit ist ein notwendiger, aber nicht hinreichender Faktor. Die Renovierung und Restaurierung nicht nur ein technischer Prozess, sondern eine Vorsorgemaßnahme.

Mit einigen Situationsbildern, bewusst oder zum Teil auch unbewusst erlebt, möchte ich hier die Interaktion zwischen Menschen und Räumen beleuchten. Es gilt zu verdeutlichen, wie intensiv Orte und Räume unser menschliches Empfinden und unsere Bedürfnisse beeinflussen. Sie vermitteln uns Ruhe, Dynamik, Kontemplation, Konzentration, Kommunikation, Inspiration, Rekreation und noch vieles mehr.

Kleine Interventionen mit großer Wirkung

Es sind nicht immer die großen architektonischen Highlights, die in unserer Wahrnehmung etwas bewirken, oft sind es schon kleine Eingriffe an weniger schönen Orten, die unser Wohlbefinden stimulieren. Die Wirkungen sind dabei in gewisser Weise archaisch: so etwa der Impuls „fight-or-flight“ – ein Reflex unseres Instinktes – aber auch die Neugier, etwas zu entdecken. Gelingt es, diese Interventionen im Kleinen wie im Großen zu einer positiven Erfahrung für alle zu machen, im sprichwörtlichen Sinne „etwas zu gestalten“, dann ist viel gewonnen.

Ich wähle Innen- wie Außenräume aus meinem persönlichen Umfeld, wie sie jeder von uns kennt und so oder ähnlich täglich erleben kann. Es mögen Räume sein, die uns zufällig begegnen oder die wir gezielt aufsuchen – kleine Oasen oder Inseln, die unser Lebensgefühl heben, die sich „gesund“ anfühlen und die daher nach meiner Überzeugung unsere Gesundheit positiv beeinflussen.

Roland Dieterle ist Professor für Architektur und Internationales Projekt Management an der Hochschule für Technik in Stuttgart und Inhaber eines international tätigen Architekturbüros in München.

Anregungen und Kommentare an:
dieterle@spacial-solutions.com

Heimat schaffen: Haus im Schwarzwald

Der weite Blick von meinem Elternhaus bis hin auf die ganze Alpenkette hat die Neugier auf die Welt und den ‚Drang in die Ferne' (Franz Schubert) geweckt. Beim Bau eines neuen Hauses an diesem Platz war es die Inszenierung dieses Blicks, der den Entwurf geprägt hat: alle Räume öffnen sich zu dem Panorama hin.Tradition und Moderne spielen hier bei der Neudefintion von Heimat zusammen – traditionell sind die Materialien und die Konstruktion – außen wie innen kamen ausgesuchte ‚ganze' Bäume aus dem väterlichen Wald zum Einsatz; die Raumauffassung ist modern: die Blickachsen setzen sich von aussen nach innen fort. Weite und Großzügigkeit auch im Kleinen, das wirkt sich befreiend auf unser Befinden aus. Herz, Hirn und Haut fühlen sich gleichermaßen angesprochen.
Foto: flohagena.com

Auf den Punkt gebracht...

Fünf Fragen an Dr. Berthold Dietsche, 1. Vorsitzender des Hausärzteverbands Baden-Württemberg

Die wichtigste Forderung an die neue Bundesregierung?
Die Refinanzierungsklausel in § 73b Abs. 5a SGB V muss gestrichen werden, da ansonsten Investitionen in innovative Versorgungsstrukturen verhindert werden.

Dr. Berthold Dietsche

Und die Kassenpflicht bei den Verträgen nach § 73b muss bleiben?
Mit Blick auf die Erfahrungen der letzten Jahre halte ich das für notwendig, weil das Recht der Versicherten auf diese Versorgungsform sonst nicht bundesweit umgesetzt wird.

Können die Ärzte vom EBM positive Impulse erwarten?
Nein, der EBM ist und bleibt eine Dauerbaustelle. Für nachhaltige Lösungen empfehle ich dringend das Erfolgsrezept der Selektivverträge.

Wo steht Baden-Württemberg in puncto Selektivverträgen?
Gegenüber der Regelversorgung haben wir in der HZV die Nase bereits deutlich vorn und werden diesen Vorsprung in den nächsten Jahren konsequent ausbauen, sofern der Gesetzgeber uns lässt.

Und im Zusammenspiel mit den Facharztverträgen?
Sind wir ebenfalls auf einem guten Weg.

Impressum

Herausgeber:
AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK,
Hausärzteverband Landesverband BW,
HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG,
MEDI Baden-Württemberg,
MEDIVERBUND AG
Konzept: Waggener Edstrom, München
Umsetzung: Wegener Werbung, München

Weiterführende Informationen:
AOK Baden-Württemberg: www.aok-gesundheitspartner.de/bw
Bosch BKK: www.bosch-bkk.de
Hausärzteverband Landesverband BW: www.hausarzt-bw.de
Hausärztliche Vertragsgemeinschaft: www.hausaerzteverband.de
MEDI Baden-Württemberg und MEDIVERBUND AG:
www.medi-verbund.de
www.neue-versorgung.de