



Hausarztzentrierte Versorgung: Flächendeckende Verträge bis zum Jahresende 2009.

Die Schiedsverfahren in den einzelnen Bundesländern zum Abschluss von Hausarztverträgen laufen auf Hochtouren. Es ist davon auszugehen, dass der Deutsche Hausärzteverband bis zum Jahresende 2009 flächendeckend „Vollverträge“ zur hausarztzentrierten Versorgung unter Dach und Fach bringen kann.

Den Durchbruch an der Verhandlungsfront hat vornehmlich die Entscheidung der schwarz-gelben Regierungskoalition bewirkt, an der derzeitigen Konzeption des § 73b SGB V vorerst nicht zu rütteln. Es bleibt bei der Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen zum Abschluss von Hausarztverträgen mit denselben gesetzlichen Vorgaben wie vor der Bundestagswahl. Nach Ablauf von drei Jahren will die Bundesregierung prüfen, wie viele Hausarztverträge deutschlandweit abgeschlossen worden sind.

Die Regierungskoalition habe mit dieser Entscheidung einen wichtigen Schritt getan, die flächendeckende Versorgung einer alternden und zunehmend multimorbiden Bevölkerung zu ermöglichen, heißt es beim Deutschen Hausärzteverband. Damit könne der eingeschlagene Weg der Tarifautonomie für Hausärzte und Fachärzte fortgesetzt werden: „Weniger Bürokratie, mehr Zeit für die Patienten und ein kalkulierbares Honorar in Euro und Cent werden damit bundesweit Realität“, so die Hausärzte.

Die derzeit anhängigen Schiedsverfahren werden durch die frei vertraglich ausgehandelten Verträge in Bayern und Baden-Württemberg „beflügelt“. Denn die landwirtschaftlichen Krankenkassen in Bayern und 56 Betriebskrankenkassen in Baden-Württemberg haben hier einer Vergütungsstruktur und finanziellen Konditionen zugestimmt, die für die Schiedsverfahren im gesamten Bundesgebiet richtungweisend sein dürften.

Das sind die Vergütungssätze in dem jüngsten Vertrag zwischen dem Hausarztverband und dem MEDI-Verbund mit Betriebskrankenkassen in Baden-Württemberg:

P 1 Kontaktunabhängige Grundpauschale	
1x pro Versichertenteilnahmejahr	65,00 Euro
P 2 Kontaktabhängige Pauschale	
Max. 1x pro Quartal, max. 3x pro Jahr	40,00 Euro
P 3 Zuschlag für chronisch kranke Patienten	
Max. 1x pro Quartal, max. 4x pro Jahr	30,00 Euro
Vertreterpauschale	17,50 Euro

Zielauftragspauschale	17,50 Euro
Z 1 Präventionszuschlag Max. 1x pro Quartal	4,00 Euro
Z 2 VERAH-Zuschlag auf P 3	5,00 Euro
Z 3 Zuschlag zur rationalen Pharmakotherapie Zuschlag zur P 2 sofern bestimmte Quoten erfüllt sind	4,00 Euro
01 100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	25,00 Euro
01 101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	40,00 Euro

Einzelleistungen (Auswahl):

01 611 Verordnung von medizinischer Rehabilitation	38,00 Euro
03 240 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	17,00 Euro
35100 Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	20,00 Euro
35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	20,00 Euro

Ein Vergleich der finanziellen Konditionen ergibt, dass die Bedingungen der Hausarztverträge deutlich besser sind als die Vergütungsregelungen nach dem Bewertungsmaßstab, einschließlich der in den Verträgen mit den Krankenkassen verankerten Budgetierung der Vergütungsansprüche durch Regelleistungsvolumen.

Im Durchschnitt erwarten die Vertragspartner bei den bisher abgeschlossenen Selektivverträgen Fallwerte für die Vergütung der hausarztzentrierten Versorgung von über 80,00 Euro und zwar ohne jegliche Mengenbegrenzung.

In allen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) finden derzeit noch harte Auseinandersetzungen über die „Bereinigung“ der Gesamtvergütungen statt, bis hin zu rechtlichen Auseinandersetzungen vor dem Landessozialgericht in Bayern. Die rechtlichen Grundlagen haben sich inzwischen als unzureichend erwiesen.

Hier muss möglicherweise im Gesetz noch nachgebessert werden. Eine Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses für die ärztlichen Leistungen wird für den 1. Dezember 2009 erwartet.