

Editorial: Durchblick



München – Mittlerweile existieren diverse Haus- und Facharztverträge – sie alle sollen die Versorgung des Patienten verbessern, doch oft genug sorgen sie vor allem für reichlich Verwirrung bei den Betroffenen. Mit dieser Ausgabe des Patientenbriefs wollen wir daher für mehr Durchblick bei dem komplizierten Thema Selektivverträge sorgen.

Eine anregende Lektüre wünscht
Ihre Bettina Brennecke, Leiterin Government & Business Relations

Schwerpunkt: Haus- und Facharztverträge

▪ **Selektiv- und Kollektivvertrag – was bedeutet das?**

Berlin – Haus- und Facharztverträge gibt es massenweise, doch nur die wenigsten Patienten verstehen, was es damit genau auf sich hat. Eine Einführung in das Thema. » [Seite 2](#)

▪ **Das ABC der Selektivverträge**

Berlin – Was müssen Patienten bei einem Haus-, was bei einem Facharztvertrag berücksichtigen? Und wie sieht es mit Verträgen zur Integrierten Versorgung sowie mit Modellvorhaben aus? Die wichtigsten Formen von Selektivverträgen im Überblick. » [Seite 3](#)

▪ **Hausarztverträge im Praxistest**

Berlin – Hausarztverträge sind ein gesundheitspolitisches Reizthema, was hat das für Konsequenzen für den Versorgungsalltag? Zwei Beispiele aus Bayern und Baden-Württemberg. » [Seite 8](#)

▪ **„Die Beteiligung von Patientenvertretern ist eine sinnvolle Ergänzung für Vertragsverhandlungen“**

München – Die Vertragsverhandlungen zu Haus- und Facharztverträgen sollen zukünftig unter der Beteiligung von Patientenvertretern stattfinden. So lautet die Forderung mehrerer Patientenvertreter. Eine von ihnen ist Heike Ruck, die Geschäftsführerin der Deutschen Gefäßliga e.V., die die Vorteile dieser Beteiligung im Interview erläutert. » [Seite 9](#)

▪ **Was bringt die spezialärztliche Versorgung?**

Berlin – Das Bundeskabinett hat im August den Entwurf des Versorgungsgesetzes beschlossen. Vorher hatten sich Patientenvertreter kritisch zur darin vorgesehenen ambulanten spezialärztlichen Versorgung geäußert. » [Seite 10](#)

▪ **Tumorklinik wird selbsthilfefreundlich**

Heidelberg – Das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg hat mit der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit Baden-Württemberg und dem Heidelberger Selbsthilfebüro eine Kooperationsvereinbarung unterzeichnet. Worum geht es dabei genau? » [Seite 11](#)

▪ **Neue Austauschplattform für Betroffene**

Neuherberg – Ein neuer Lungeninformationsdienst am Helmholtz Zentrum München ist an den Start gegangen. Dieser bietet Patienten Informationen zu Diagnostik, Therapie und Prävention von Lungenerkrankungen und stellt aktuelle Forschungsergebnisse vor. Zugleich bildet er eine Plattform, auf der sich Patienten, Selbsthilfegruppen und Wissenschaftler austauschen können. » [Seite 12](#)

Einführung

Selektiv- und Kollektivvertrag – was bedeutet das?

Berlin – Haus- und Facharztverträge gibt es massenweise, doch nur die wenigsten Patienten verstehen, was es damit genau auf sich hat. Eine Einführung in das Thema.

Wer die Hintergründe dieser Thematik verstehen will, dem bleibt es nicht erspart, sich mit dem Vertragsarztrecht auseinander zu setzen. Prinzipiell unterscheidet man zwischen der im Kollektivvertrag organisierten und der selektivvertraglich organisierten Versorgung. Während der Kollektivvertrag von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit den Krankenkassen oder deren Verbänden abgeschlossen wird und für die Ärzte und Krankenkassen verbindlich ist, bietet der Selektivvertrag dem einzelnen Arzt, einer Gemeinschaft von Leistungserbringern oder z.B. auch einem Berufsverband die Möglichkeit, individuell mit den Krankenkassen die Vertragsbedingungen auszuhandeln.

Was ist ein Selektivvertrag?

Folgende Merkmale kennzeichnen einen Selektivvertrag: Die Leistungserbringer, sprich Ärzte, erhalten nicht aufgrund ihrer Zulassung automatisch Zugang zur vergüteten Versorgung von Kassenpatienten. Häufig müssen sie zusätzliche Qualitätskriterien erfüllen. Außerdem besteht Vertragsfreiheit in dem Sinne, dass die Vertragspartner eigenständig entscheiden können, ob und mit wem sie einen Vertrag schließen. Mit Selektivverträgen – die oft auch Direktverträge genannt werden – will der Gesetzgeber die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen im Wettbewerb fördern. Für den Patienten bedeutet das: Man erhofft sich eine verbesserte Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, eine stringenter Kommunikation und Koordination der Therapie sowie nicht zuletzt die Vermeidung von wiederkehrenden Erkrankungen und Chronifizierungen etc. Das Bundesgesundheitsministerium betont beispielsweise: „So können die Vertragspartner flexibel auf die Erfordernisse eingehen, die bei besonderen Versorgungsformen oder auch bei der Behandlung bestimmter Krankheiten bestehen.“

Kollektivvertrag soll ambulante Versorgung sicherstellen

Demgegenüber geht es beim Kollektiv- bzw. Gesamtvertrag um die Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Dazu verpflichten sich die KVen gegenüber den Kassen. Als Gegenleistung dafür zahlen die Kassen für alle bei ihnen versicherten Personen an die KV die so genannte Gesamtvergütung – und zwar mit befreiender Wirkung. Das bedeutet, dass Nachzahlungen meist ausgeschlossen sind. Wichtig zu wissen: Gesamtverträge müssen nach Paragraph 83 Sozialgesetzbuch (SGB) V geschlossen werden. Können sich die Vertragspartner nicht einigen, entscheidet das Schiedsamt.

Zahl der Direktverträge steigt

Lange Zeit war die Versorgung hierzulande ausschließlich kollektivvertraglich organisiert. Das heißt: Für die Versicherten gab es zur Regelversorgung keine Alternative. Doch in den vergangenen Jahren hat der Gesetzgeber die Möglichkeiten für Selektivverträge deutlich ausgeweitet. Wichtige Etappen waren dabei das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) und das Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG). Ein Beispiel: Seit dem GKV-WSG können die Kassen im Rahmen der „besonderen ambulanten Versorgung“ (§ 73 c SGB V) Selektivverträge schließen. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig, sie binden sich allerdings an die Ärzte der Selektivverträge. Der Sicherstellungsauftrag geht im Umfang der Versorgungsaufträge auf die Krankenkassen über. Die Gesamtvergütung muss um den Betrag, der für den Selektivvertrag aufgewendet wird, bereinigt werden, die KVen bekommen also weniger Geld.

Mehr zu den verschiedenen selektivvertraglichen Formen, insbesondere zu Haus- und Facharztverträgen, lesen Sie im folgenden Artikel „Das ABC der Selektivverträge“.

Quellen:

www.bmg.bund.de

www.aok-bv.de

Dr. Herbert Schiller: Kollektiv- und Selektivvertrag: Zwei Vertragssysteme im Überblick. Bayerisches Ärzteblatt 2/2008.

Übersicht

Das ABC der Selektivverträge

Berlin – Was müssen Patienten bei einem Haus-, was bei einem Facharztvertrag berücksichtigen? Und wie sieht es mit Verträgen zur Integrierten Versorgung sowie mit Modellvorhaben aus? Die wichtigsten Formen von Selektivverträgen im Überblick.

Gesetzliche Grundlage der Hausarztverträge ist Paragraph 73b Sozialgesetzbuch (SGB) V. Danach sind Kassen verpflichtet, ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung anzubieten. Die Hausarztverträge unterliegen speziellen Qualitätsanforderungen. So müssen teilnehmende Allgemeinmediziner beispielsweise strukturierte Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie unter Leitung geschulter Moderatoren besuchen. Aus Sicht der Patienten ist besonders bedeutend: Die Teilnahme an einem Hausarztvertrag ist freiwillig. Wer sich in einen solchen Vertrag einschreibt, verpflichtet sich aber gegenüber seiner Krankenkasse, sich ausschließlich von einem bestimmten Hausarzt behandeln zu lassen und Fachärzte nur nach Überweisung ihres Hausarztes aufzusuchen. Eine Ausnahme gilt für den Besuch von Augen- und Frauenärzten. Bei dieser Versorgungsform fungiert der Hausarzt als so genannter Gatekeeper und erfüllt die Funktion eines Lotsen für den Patienten. Aus Kassensicht erhofft man sich davon, ein ständiges Wechseln des Arztes und die damit verbundenen Kosten zu reduzieren.

Patienten binden sich für ein Jahr

Für die hausarztzentrierte Versorgung müssen die Kassen ihren Versicherten einen speziellen Hausarzt-tarif anbieten. Das bedeutet: Wer sich immer zuerst von seinem Hausarzt behandeln lässt, dem kann die Kasse Vergünstigungen wie Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigung anbieten. Allerdings ist die Teilnahme an einem solchen Vertrag für ein Jahr bindend. Der Wechsel des Hausarztes ist dann nur bei „Vorliegen eines wichtigen Grundes“, so heißt es in § 73b, erlaubt. Die Techniker Krankenkasse (TK) und die AOK Baden-Württemberg erlauben beispielsweise den Arztwechsel nur bei folgenden Konstellationen. Erstens: Der Hausarzt nimmt nicht mehr an dem Vertrag teil. Zweitens: Der Allgemeinmediziner verlegt seinen Praxissitz oder der Patient zieht um – in beiden Fällen muss die Praxis für den Versicherten in unzumutbarer Entfernung sein. Drittens: Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist nachhaltig gestört.

Innovative Strukturen fördern

Selektiv- oder Direktverträge sind auch im Rahmen der „besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ (§ 73 c SGB V) möglich. Innovationen in der ambulanten Versorgung weiterzuentwickeln und zu etablieren ist das Ziel dieser Verträge, deren Abschluss für alle Partner freiwillig ist. Als Beispiele für innovative Strukturen nennt die Kassenärztliche Bundesvereinigung Casemanagement, spezifische Qualifizierungen des Praxispersonals oder indikationsbezogene Patiententagebücher.

AOK BaWü schließt ersten Facharztvertrag ab

Wichtig ist, dass im Vergleich zur hausarztzentrierten Versorgung diese Vertragsgrundlage die Möglichkeit bietet, fachübergreifende Versorgungskonzepte zu gestalten. Bei vielen Indikationen, beispielsweise

chronischen Erkrankungen wie der rheumatoiden Arthritis, ist die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit für den Patienten sehr wichtig. Derzeitig sind die Verträge nach § 73c SGB V vielseitig von den Kassen ausgestaltet worden. Sie reichen von einzelnen Vorsorgeuntersuchungen bis hin zu komplexen Programmen mit der Bildung von fachübergreifenden Behandlungsteams. Ein konkretes Beispiel: Im Oktober 2009 hat die AOK Baden-Württemberg gemeinsam mit mehreren Ärzteverbänden den bundesweit ersten Facharztvertrag für eine kardiologische Versorgung nach Paragraph 73c SGB V vereinbart. Der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, Dr. Rolf Hoberg, verspricht sich von dem Abschluss eine verbesserte Versorgungsqualität, nicht zuletzt wegen der engen Kooperation von Hausärzten und kardiologischen Fachärzten. Konkret werden dem teilnehmenden Patienten unter anderem folgende Leistungen zugesichert: kurze Wartezeiten in der Praxis (maximal 30 Minuten), mindestens 1 Mal pro Woche Abendterminalsprechstunde bis 20 Uhr für Berufstätige, die teilnehmenden Fachärzte bieten eine tägliche Akutsprechstunde (Montag bis Freitag) an, reguläre Sprechstundentermine erhalten Patienten in der Regel zwei Wochen nach Anmeldung, Vorstellung von Akutfällen beim Spezialisten in der Regel am selben Tag bei Anforderung durch den Hausarzt, bei einer Vielzahl von rabattierten Arzneimitteln entfällt die Zuzahlung. Teilnahmevoraussetzung ist, dass sich Patienten nicht nur für das Facharztprogramm der Kasse für mindestens ein Jahr einschreiben, sondern auch am AOK-Hausarzt-Programm teilnehmen.

Was bringt Patienten die Integrierte Versorgung?

Ebenfalls im Kontext von selektiven Abschlüssen zu erwähnen sind Modellvorhaben (§ 63 SGB V) sowie Verträge zur Integrierten Versorgung, kurz IV, deren gesetzliche Grundlage Paragraph 140 SGB V bildet. Was Patienten über die IV wissen müssen: Ziel der IV-Verträge ist es, Patienten qualitätsgesichert und in sektorenübergreifend bzw. fachübergreifend vernetzten Strukturen zu versorgen. (Fach-)Ärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Kliniken u.a. können kooperieren und sorgen für den notwendigen Wissensaustausch. Hierzu schließen Krankenkassen mit Leistungserbringern entsprechende Verträge. Für die Teilnahme an einer Integrierten Versorgungsform können die Krankenkassen ihren Versicherten einen Bonus gewähren. Integrierte Versorgungsnetze sollen seit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz vermehrt die flächendeckende Behandlung von Volkskrankheiten, wie zum Beispiel Diabetes mellitus oder Bandscheibenerkrankungen, zum Ziel haben oder sämtliche Erkrankungen eines Patienten vernetzt behandeln.

Modellvorhaben prägen Chronikerprogramme

Bleiben noch die Modellvorhaben als weitere Variante von Selektivverträgen. Im Rahmen dieser können etwa neue Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten erprobt werden. Konkrete Beispiele dafür waren vor einigen Jahren mehrere hessische Projekte mit dem Fokus auf Schwangerschaftsdiabetes. Bei Modellvorhaben sind die wissenschaftliche Evaluierung und Veröffentlichung der Ergebnisse obligatorisch, um die Wirksamkeit der neuen Leistungen oder Strukturen zu prüfen. Darüber hinaus können Modellvorhaben auch die Vermeidung des häufigen Arzt-Wechsels zum Ziel haben. Vor der Einführung der IV wurden Modellvorhaben vor allem zur Umsetzung von Arztnetzprojekten genutzt. Modellvorhaben zu einzelnen Krankheitsbildern haben die Entwicklung von Disease Management Programmen (DMP) wesentlich geprägt. Kürzlich hat sich durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eine zusätzliche Option für die Modellvorhaben ergeben: Erprobt werden kann die Übernahme ärztliche Aufgaben durch Pflegepersonal.

Quellen:

www.bmg.bund.de

www.kbv.de

www.aok-bv.de

Entscheidungshilfen für Patienten

Anfang dieses Jahres fand ein Workshop zur Verbesserung der Transparenz von Haus- und Facharztverträgen der Beratungsgesellschaft Schönermark, Kielhorn+Collegen statt, an dem auch Patientenvertreter teilnahmen. Dort wurden zu dem Thema eine Checkliste und ein Fragenkatalog aus Perspektive der Versicherten erstellt. Diese sollen Patienten dabei unterstützen, eine informierte Entscheidung zur Teilnahme an einem Haus- und Facharztvertrag zu treffen. Bedarf für solche Entscheidungshilfen besteht nicht zuletzt deshalb, weil die Kassenmaterialien nicht sehr aussagekräftig scheinen. Das zumindest hat eine systematische Auswertung des Gesundheitswissenschaftlers Prof. Matthias Schönermark ergeben. Die Checkliste umfasst Kriterien, die ein Vertrag enthalten sollte, um eine aus Patientensicht gute Versorgung zu garantieren. Dazu zählt beispielsweise die Gewährleistung der Kasse, die Therapiefreiheit des Arztes nicht einzuschränken und den Zugang zu innovativen diagnostischen Verfahren sowie zu innovativer medikamentöser und interventioneller Therapie sicherzustellen. Beispiele für Fragen, die Patienten ihrem Arzt stellen sollten: Welchen medizinischen Nutzen hat eine Vertragsteilnahme für mich? Und: Welche Leistungen werden pauschal vergütet? Besteht die Gefahr, dass Sie diese bei einer Vertragsteilnahme aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr durchführen können? Wichtige Fragen an die Kassen sind z.B.: Welche Rechte und Pflichten ergeben sich für mich durch die Vertragsteilnahme? Welche Sanktionsmöglichkeiten gibt es, wenn ich als Patient gegen die Vertragspflichten verstoße? Wie unterscheiden sich die Datenschutzbestimmungen von denen in der Regelversorgung?

Quelle:

Schönermark. Kielhorn+Collegen

SCHÖNERMARK, KIELHORN + Kollegen

Checkliste

Anforderungen an Haus- und Facharztverträge aus Patientensicht

Der Vertrag verpflichtet den Arzt dazu, ...

- an standardisierten Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen.
- sich einer Bewertung zu unterziehen und diese transparent zu machen.
- sich überprüfbar an Therapie- und Behandlungsrichtlinien zu halten.
- interdisziplinär und sektorenübergreifend mit anderen Leistungserbringern zu kooperieren.
- durch Kooperation mit Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen die Patientensicht in die Behandlung zu integrieren.
- sich ausreichend Zeit für das persönliche Gespräch mit dem Patienten und einer umfassenden Anamnese zu nehmen sowie Erkenntnisse aus der „Sprechenden Medizin“ zu nutzen.
- den Patienten über Nutzen und Risiken verschiedener Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären und zu beraten.
- den Schutz des Sozial- und Patientengeheimnisses zu gewährleisten.
- die Zeit des Patienten zu achten, u.a. durch Terminsicherheit, kurze Wartezeiten und Sondersprechstunden für Berufstätige.

Die Krankenkasse gewährleistet vertraglich ...

- alle Versicherte umfassend und transparent über Vertragspflichten und -rechte aufzuklären.
- eine freie Arzt- und Facharztwahl.
- die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung.
- die Therapiefreiheit des Arztes nicht einzuschränken.
- den Zugang zu innovativen diagnostischen Verfahren sowie innovativer medikamentöser und interventioneller Therapie.
- durch eine angemessene Vergütung wichtige Versorgungsleistungen zu sichern, z.B. Hausbesuche durch Haus- und Facharzt und eine angemessene Konsultationszeit.
- das Sozial- und Patientengeheimnis zu wahren.

Darüber hinaus muss eine Patientenbeteiligung bei der Vertragsgestaltung sichergestellt werden.

SCHÖNERMARK, KIELHORN + Kollegen

Fragenkatalog für Patienten für ein informiertes Gespräch mit Arzt und Krankenkasse vor der Entscheidung zur Teilnahme an einem Haus- oder Facharztvertrag

Fragen an den Arzt

- Welchen medizinischen Nutzen hat eine Vertragsteilnahme für mich?
- Welche Auswirkung hat die Vertragsteilnahme auf Ihr Verordnungsverhalten? Ändert sich der Zugang zu innovativen diagnostischen Verfahren und innovativer medizinischer Therapie?
- Welche Leistungen werden pauschaliert vergütet? Besteht die Gefahr, dass sie diese bei einer Vertragsteilnahme aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr durchführen können?
- Wie viel Zeit steht Ihnen für die Sprechstunde zur Verfügung?
- Welche Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Leistungserbringern haben Sie durch den Vertrag?
- Welche Vorteile haben Sie als Arzt durch Ihre Teilnahme an dem Vertrag?
- Wie ändert sich Ihr Umgang mit patientenbezogenen Daten durch die Vertragsteilnahme?

Fragen an die Krankenkasse

- Welche Rechte und Pflichten ergeben sich für mich durch die Vertragsteilnahme?
- Wie lange binde ich mich an den Arzt?
- Wie ist die rechtzeitige Überweisung an andere Leistungserbringer sichergestellt?
- Welche Kündigungsmöglichkeiten habe ich nach Einschreibung in den Vertrag?
- Welche Sanktionen gibt es, wenn ich als Patient gegen die Vertragspflichten verstoße?
- Welche Sanktionen gibt es, wenn der Arzt gegen die Vertragspflichten verstößt?
- Wie wird eine ausreichende und wissenschaftlich aktuelle Qualifizierung der Leistungserbringer gewährleistet und überprüft?
- Wie ist die Therapie und Arzneimittelverordnung durch den Vertrag geregelt?
- Wie unterscheiden sich die Datenschutzbestimmungen von denen in der Regelversorgung?
- In wie fern waren Patientenvertreter an der Vertragsgestaltung beteiligt?

Beispiele

Hausarztverträge im Praxistest

Berlin – Hausarztverträge sind ein gesundheitspolitisches Reizthema, was hat das für Konsequenzen für den Versorgungsalltag? Zwei Beispiele aus Bayern und Baden-Württemberg.

Hausarztverträge sind in der Gesundheitspolitik ein alter Zankapfel. Woran liegt das? Bei den Verträgen sollte natürlich die Versorgung im Mittelpunkt stehen, tatsächlich geht es dabei aber auch um viel Geld und Macht. Deshalb ist beispielsweise die Frage so wichtig, wer auf Ärzteseite überhaupt Partner der Kassen bei einem Hausarztvertrag sein darf. Bei einem Abschluss nach § 73b Sozialgesetzbuch (SGB) V (lesen Sie hierzu auch den Artikel „Das ABC der Selektivverträge“) sind das in erster Linie „Gemeinschaften ...“, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung vertreten.“ In aller Regel handelt es sich dabei um den Deutschen Hausärzteverband. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) kommen nur zum Zug, wenn die Kasse keinen anderen Vertragspartner findet und die KVen außerdem von einer Gemeinschaft hausärztlicher Leistungserbringer dazu ermächtigt wurden. Schließt die Kasse einen selektiven Hausarztvertrag mit einem Verband ab, bekommt die KV von der Kasse weniger Geld im Rahmen der Gesamtvergütung.

Auf Seiten der Kassen hat insbesondere die gesetzliche Verpflichtung für Ärger gesorgt, den Versicherten einen Hausarztvertrag nach § 73b SGB V anbieten zu müssen. Auch wenn die Frist des Gesetzgebers dafür schon längst abgelaufen ist, so gibt es immer noch Kassen, die noch keinen Vertrag abgeschlossen haben. Diese Angelegenheit beschäftigt mittlerweile bereits die Schiedsämter.

Mustervertrag aus dem Ländle

Der Hausarztvertrag der AOK Baden-Württemberg gilt allgemein als Erfolgsmodell. Auf einer Veranstaltung in Berlin zogen die Verantwortlichen im Frühjahr eine positive Zwischenbilanz ihres seit drei Jahren geltenden Vertrages. Über eine Million AOK-Versicherte und 3.500 Hausärzte haben das Angebot bisher angenommen. „Eine aktuelle Befragung bestätigt, dass die medizinische Versorgungsqualität und die individuelle Patienten- und Arztzufriedenheit deutlich höher als in der so genannten Regelversorgung sind“, so der Vorstandsvize der AOK Baden-Württemberg, Dr. Christopher Hermann. Außerdem sei etwa die Teilnahmequote für wichtige Vorsorgeuntersuchungen fast doppelt so hoch wie in der Regelversorgung, 93 Prozent der Versicherten würden die Teilnahme weiterempfehlen. Die Vertragspartner forderten deshalb, Selektivverträge nach dem Vorbild Baden-Württembergs im geplanten Versorgungsgesetz nachdrücklich zu verankern und bundesweit auszubauen. Partner der AOK sind der Deutsche Hausärzteverband und MEDI Baden-Württemberg.

In Bayern liegen die Nerven blank

Während im Ländle offenbar alles harmonisch ist, diskutierten seit Jahresanfang Bayerns Hausärzte mit der AOK über die Bedingungen eines neuen Hausarztvertrages. Mittlerweile sind die Verhandlungen endgültig gescheitert. Der Bayerische Hausärzteverband (BHÄV) will daher ein Schiedsverfahren einleiten, um so den gesetzlich vorgeschriebenen Hausarztvertrag doch noch durchzusetzen. Als Grund für das Scheitern gab der BHÄV an, die AOK habe entgegen früherer Zusagen erneut einen Add-on-Vertrag vorgelegt, der für die Hausärzte von Grund auf inakzeptabel sei. Add-on-Verträge sind Abschlüsse, die zusätzlich zum Kollektivvertrag geschlossen werden, anstatt diesen partiell zu ersetzen (siehe auch Artikel „Selektiv- und Kollektivvertrag – was bedeutet das?“). Einen vom BHÄV vorgelegten modifizierten Vertragsvorschlag auf der Grundlage des kürzlich mit der Techniker Krankenkasse vereinbarten Hausarztvertrages habe die AOK nicht angenommen.

Die AOK vertritt hingegen die Position, die Forderung des BHÄV nach einem Vollversorgungsvertrag hätte zu „unvermeidbaren Mehrfachhonorierungen“ geführt sowie komplizierte Bereinigungsverfahren erforderlich gemacht. Demgegenüber biete ein Add-on-Vertrag, der nur die Honorarsteigerungen aus

dem Hausarztvertrag abwickelt, eine hohe Transparenz und Eindeutigkeit bei der Abrechnung. Ein weiterer Streitpunkt ist auch weiterhin die Honorarhöhe.

Während sich Kasse und Ärzte weiterhin streiten, haben die Patienten das Nachsehen: Für die Versicherten der bayerischen AOK wird es wohl in absehbarer Zeit keinen Hausarztvertrag geben.

Quellen:

AOK Baden-Württemberg

Interview Heike Ruck

„Die Beteiligung von Patientenvertretern ist eine sinnvolle Ergänzung für Vertragsverhandlungen“

München – Die Vertragsverhandlungen zu Haus- und Facharztverträgen sollen zukünftig unter der Beteiligung von Patientenvertretern stattfinden. So lautet die Forderung mehrerer Patientenvertreter. Eine von ihnen ist Heike Ruck, die Geschäftsführerin der Deutschen Gefäßliga e.V., die die Vorteile dieser Beteiligung im Interview erläutert.

Wie könnte Ihrer Meinung nach die Einbindung von Patientenvertretern in die Vertragsgestaltung umgesetzt werden?

Heike Ruck: Patientenvertreter sollten bei den Verhandlungen mitdiskutieren und ggf. sogar mitbeschließen dürfen. Sie könnten zu Beginn der Verhandlungen ihre Erfahrungen mit dem Krankheitsbild und der tatsächlich in der Praxis stattfindenden Behandlung schildern. Im besten Falle sollte ein Patientenvertreter bei den Sitzungen anwesend sein oder zumindest durch ein Protokoll kontinuierlich über den Stand der Verhandlungen informiert werden.

Welche Vorteile sehen Sie in der Forderung Patientenorganisationen in die Vertragsgestaltung von Haus- und Facharztverträgen einzubeziehen?

Ruck: Durch die Teilnahme von Patientenvertretern kann die Sichtweise der Vertragspartner und damit das Einfühlungsvermögen für die Betroffenen erweitert werden. Selbsthilfegruppen oder -verbände haben Kontakt zu zahlreichen Betroffenen. Sie erhalten bei ihrer Tätigkeit einen umfassenden Einblick in den Alltag der Patienten und erfahren von deren Problemen, Bedürfnissen und Wünschen. Patientenvertreter sind also in der Lage nicht nur die einseitige Aussage eines Einzelnen, sondern eine Zusammenfassung der unterschiedlichsten Erfahrungen zu vermitteln. Da chronisch Kranke in der Regel ständig zwischen Haus- und Facharztpraxis pendeln, können diese sehr gut einschätzen, welche Untersuchungen und Therapien bei welchen Ärzten besser durchgeführt werden können. Dadurch ergeben sich möglicherweise auch Einsparpotentiale für das Gesundheitssystem.

Wer könnte auf Patientenseite diese Aufgabe der Beteiligung übernehmen?

Ruck: Meiner Meinung nach sollten die Selbsthilfevertreter einbezogen werden, die mit ihrem Krankheitsbild zu den entsprechenden Fachärzten gehören. Nur die Betroffenen selbst können von ihren Erfahrungen berichten. Wichtig ist auch, dass die Patientenvertreter kompetent und durchsetzungsstark sind, um ihre Vorstellungen und Forderungen in die Verhandlungen einbringen zu können.

Wo bestehen Probleme, diese Forderung durchzusetzen?

Ruck: Probleme bestehen bei der Auswahl der Patientenvertreter, da die Veranstalter hier im Selbsthilfereich Recherchen anstellen müssen, um geeignete Gruppen zu finden. Es bringt nichts, große, übergeordnete Verbände in die Diskussion einzubeziehen, es sollten nur die echten indikationsbezogenen Selbsthilfegruppen oder deren Vertreter berufen werden.

Bestehen bereits erste Modellversuche?

Ruck: Mir sind leider keine Modellversuche bekannt. Ein solcher Modellversuch ist aus meiner Sicht auch gesundheitspolitisch dringend erforderlich. Wir erleben häufig, dass die Betroffenen das Gefühl haben, die Politik entscheidet über die Köpfe der Patienten hinweg. Wenn solche Formen der Gesundheitsversorgung, wie Haus- und Facharztverträge, mit Patientenvertretern erarbeitet werden, wächst vielleicht auch wieder das Vertrauen in die Politik.

Versorgungsgesetz

Was bringt die spezialärztliche Versorgung?

Berlin – Das Bundeskabinett hat im August den Entwurf des Versorgungsgesetzes beschlossen. Vorher hatten sich Patientenvertreter kritisch zur darin vorgesehenen ambulanten spezialärztlichen Versorgung geäußert.

Das geplante „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV“ enthält mehrere Maßnahmen, welche die wohnortnahe Versorgung sicherstellen sollen. Die Regierung will beispielsweise die Bedarfsplanung der Ärzte reformieren. Sie soll flexibler werden, indem man die demographische Entwicklung mit einbezieht und Krankenhaus und Niedergelassene besser miteinander verzahnt. Mit Vergütungsanreizen will Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr mehr Mediziner in unterversorgte Regionen locken.

Gesetz sieht neuen Versorgungssektor vor

Ein weiterer Reformansatz: Zwischen ambulanter und stationärer Versorgung soll ein neuer Sektor geschaffen werden, die so genannte ambulante spezialärztliche Versorgung. Im Rahmen dieser werden in erster Linie Erkrankungen behandelt, die selten auftreten oder einen besonders schweren Verlauf haben. Der neue Sektor soll nach eigenen Regeln gestaltet und auf Dauer eine eigene Gebührenordnung erhalten. Wichtig zu wissen: Die Behandlung wird immer ambulant erbracht, entweder am Krankenhaus oder in einer Arztpraxis. Der Patient wird also nicht stationär aufgenommen. Für die Zulassung der Praxen und Kliniken zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung sind die Länder zuständig. Details zur Qualifikation etc. regelt vorab der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in einer Richtlinie. Das sieht der Anfang August beschlossene Kabinettsentwurf des Gesetzes vor.

Bedenken der Patientenvertreter

Zuvor hatte es um den neuen Versorgungssektor bereits viel Ärger gegeben. Die im G-BA vertretenen Patientenorganisationen warnten davor, ihn dem Verantwortungsbereich des G-BA zu entziehen und innerhalb von dreiseitigen Verträgen (Kassen – niedergelassene Ärzte – Kliniken) regeln zu wollen. „Alles was so erreicht würde wäre, dass die Öffentlichkeit und die Patientenvertretung aus der Entscheidung herausgehalten würden. Alle übrigen Akteure blieben die gleichen, nur könnten sie im Verborgenen regeln, was ihnen gefällt. Schneller und vor allem besser wird das so nicht“, mahnte Ilona Köster-Steinebach vom Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) in einer G-BA Sitzung im Sommer. Anlass für diese Kritik waren entsprechende, in den Medien kolportierte, Pläne des Bundesgesundheitsministers, die jedoch im Kabinettsentwurf nicht umgesetzt wurden. Ganz aufatmen können die Patientenvertreter allerdings noch nicht, denn der Gesetzesentwurf geht nun ins parlamentarische Verfahren. Exper-

ten wissen, dass kein Gesetz aus dem Bundestag wieder so heraus kommt, wie es hineingelangt ist. Insofern gilt es insbesondere die Änderungsanträge der Fraktionen genau zu studieren. Die öffentliche Anhörung im Bundestag findet am 19. Oktober statt.

Spezialärztliche Versorgung – die Position des vzbv

Die neue ambulante spezialärztliche Versorgung soll anstelle der bisherigen ambulanten Behandlungen im Krankenhaus innerhalb von Spezialambulanzen treten (§ 116 B Sozialgesetzbuch V: ambulante Behandlung im Krankenhaus, der Katalog zur ambulanten Behandlung umfasst hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen). Im Rahmen des neuen Sektors sollen mehr Behandlungen möglich sein. Der vzbv schreibt in einem Positionspapier zum Versorgungsgesetz: „Derzeit sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband keine Verbesserungen für Patientinnen und Patienten durch die geplante ambulante spezialärztliche Versorgung.“ Profitieren würden in erster Linie die Krankenhäuser, denen ein erleichterter Zugang zu Einnahmequellen aus dem ambulanten Honorartopf ermöglicht werde. Um tatsächlich Verbesserungen für die Betroffenen zu erreichen, schlägt der Verband folgende Maßnahmen vor: Die alte Regelung beibehalten, die Zulassungsvoraussetzungen kontinuierlich und konsequent überprüfen, die erlebte Versorgungsqualität durch regelmäßige Patientenbefragungen ermitteln sowie bei Qualitätsdefiziten Sanktionen verhängen.

Kooperation

Tumorklinik wird selbsthilfefreundlich

Heidelberg – Das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg hat mit der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit Baden-Württemberg und dem Heidelberger Selbsthilfebüro eine Kooperationsvereinbarung unterzeichnet. Worum geht es dabei genau?

Das NCT Heidelberg verkündet stolz, dass es als erste onkologische Klinik in Deutschland „selbsthilfefreundlich“ werde. Konkret sieht das wie folgt aus: Die Kooperationsvereinbarung beinhaltet einen Handlungsplan mit insgesamt acht Punkten. Diese sollen helfen, neue Strukturen für die Selbsthilfeorganisationen und -gruppen zu schaffen. Zunächst soll die Zusammenarbeit festgeschrieben und dokumentiert werden. Des Weiteren gehört dazu, die Patienten und deren Angehörige über die Zusammenarbeit mit den Gruppen zu informieren, deren Sichtbarkeit zu erhöhen, die Selbsthilfe bei der Öffentlichkeitsarbeit zu berücksichtigen, regelmäßige Treffen zwischen Klinik und Patienten zu veranstalten, zudem die Organisationen von Betroffenen in die Gremienarbeit einzubinden, einen Ansprechpartner der Klinik für die Gruppen zu benennen sowie alle Mitarbeiter über die Zusammenarbeit zu informieren.

Zusammenarbeit wird „wetterfest“ gemacht

„Diese acht Punkte zeichnen den Weg vor, wie die Selbsthilfe in Abläufe der Kliniken mit eingebunden werden kann“, erklärt Dr. Ulli Biechele von der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit Baden-Württemberg. Dadurch werde diese systematisch verankert und die Zusammenarbeit wetterfest gemacht. „Das Engagement zum Wohle der Patienten ist dann nicht mehr abhängig von persönlichen Beziehungen und vom Geschick Einzelner“, sagt Biechele. Er betont, dass es ebenfalls das Ziel dieser Vereinbarung sei, alle Mitarbeiter der Klinik mit ins Boot zu holen. Deshalb gibt es nun am NCT Heidelberg eine Selbsthilfebeauftragte. Dieses Amt hat Kirsten Bikowski übernommen, die auf bereits Erreichtes verweist: Die Selbsthilfegruppen hätten bereits einen Platz auf der Klinik-Homepage, auch beim Tag der offenen Tür ergänzten einige Gruppen die Expertenvorträge und stellten ihre Arbeit vor.

Selbsthilfe als Sprachrohr der Patienten

Auch das Heidelberger Selbsthilfebüro begrüßt den Kooperationsvertrag. Gerade für die medizinische Versorgung in der Region sei es wichtig, dass die Selbsthilfegruppen als Sprachrohr die Anliegen und Erfahrungen der Patienten bündeln und weitergeben, sagt Geschäftsführerin Bärbel Handlos. „Die Vereinbarung hilft, dass die Selbsthilfe auch bei allen Beteiligten in der Klinik auf offene Ohren stößt.“

Was ist das NCT?

Das NCT Heidelberg ist eine gemeinsame Einrichtung des Deutschen Krebsforschungszentrums, des Universitätsklinikums Heidelberg, der Thoraxklinik Heidelberg und der Deutschen Krebshilfe. „Wir sehen die Selbsthilfe als einen wichtigen Partner“, würdigt Prof. Dirk Jäger, Ärztlicher Direktor am NCT Heidelberg, das ehrenamtliche Engagement der Gruppen. „Wenn wir uns am Patienten orientieren, können wir unsere Qualität weiter verbessern und ihm eine optimale Behandlung und Versorgung am NCT anbieten.“ <http://www.nct-heidelberg.de/de/patienten/beratung/selbsthilfe.php>

Internet

Neue Austauschplattform für Betroffene

Neuherberg – Ein neuer Lungeninformationsdienst am Helmholtz Zentrum München ist an den Start gegangen. Dieser bietet Patienten Informationen zu Diagnostik, Therapie und Prävention von Lungenerkrankungen und stellt aktuelle Forschungsergebnisse vor. Zugleich bildet er eine Plattform, auf der sich Patienten, Selbsthilfegruppen und Wissenschaftler austauschen können.

Unter www.lungeninformationsdienst.de ist kürzlich ein neues und kostenloses Informationsportal online gegangen, das sich an Menschen richtet, die an Asthma, chronisch obstruktiver Bronchitis, Lungenfibrose, -hochdruck, -krebs, -infektionen oder einer anderen schweren Lungenerkrankung leiden. Patienten, ihre Angehörigen sowie die interessierte Öffentlichkeit erhalten hier aktuelles Wissen über Grundlagen, Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten zahlreicher Lungenerkrankungen. Über die reine Information hinaus bietet der Dienst Adressen von Kliniken und Selbsthilfegruppen, Veranstaltungstermine und Literaturempfehlungen. Der Lungeninformationsdienst arbeitet im Auftrag des neu gegründeten Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL) und hat seinen Sitz am Helmholtz Zentrum München. Nach Angaben der Verantwortlichen steht er in engem Austausch mit Fachgesellschaften und Patientenorganisationen.

Der souveräne Patient soll gestärkt werden

„Ein zentrales Anliegen des Helmholtz Zentrums München ist es, das bei uns gewonnene Wissen der Gesellschaft schnell und direkt zugänglich zu machen – der Lungeninformationsdienst ist dafür das ideale Instrument“, betont Prof. Günther Wess, Wissenschaftlicher Geschäftsführer des Helmholtz Zentrums München. Das Deutsche Zentrum für Lungenforschung (DZL) wird wichtigster Bezugspunkt und Quelle für den Lungeninformationsdienst sein. „Fundierte Kenntnisse über ihre Krankheit sind für Patienten wichtig, um sie in ihrer Souveränität und Selbstbestimmung zu stärken. Das DZL hat daher Wert darauf gelegt, der Öffentlichkeit diesen Service anbieten zu können und unterstützt das Helmholtz Zentrum München bei dieser Initiative“, so Prof. Dr. Werner Seeger, Wissenschaftlicher Koordinator des DZL. Für die Zukunft plant der Lungeninformationsdienst Expertensprechstunden sowie einen telefonischen Auskunftsdienst einzurichten, bei dem Betroffene Antworten auf ihre individuellen Fragen erhalten.

Wer steht hinter dem Portal?

„Das Helmholtz Zentrum München erforscht chronische und komplexe Krankheiten, die aus dem Zusammenwirken von Umweltfaktoren und individueller genetischer Disposition entstehen. Es gehört der größten deutschen Wissenschaftsorganisation, der Helmholtz-Gemeinschaft an, in der sich 17 naturwissenschaftlich-technische und medizinisch-biologische Forschungszentren mit etwa 31.000 Beschäftigten zusammengeschlossen haben.

Das Deutsche Zentrum für Lungenforschung (DZL) ist eines der vier Deutschen Gesundheitsforschungszentren, die das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2011 über die beiden bereits bestehenden Zentren für Diabetesforschung und Neurodegenerative Erkrankungen hinaus etabliert. Es bündelt die deutsche Expertise im Bereich der pneumologischen Forschung und Klinik. Ziel des DZL ist es, über einen neuartigen, integrativen Forschungsansatz Antworten auf offene Fragen in der Erforschung von Lungenkrankheiten zu finden und damit zur Verbesserung von Vorsorge, Diagnose, individualisierter Therapie und optimaler Versorgung von Patienten beizutragen.

Impressum

Herausgeber

GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG
www.glaxosmithkline.de

vertreten durch die
GlaxoSmithKline
Verwaltungs GmbH
Theresienhöhe 11
80339 München

Geschäftsführer:
Dr. Cameron Marshall (Vors.)
Jean Vanpol
Denis Dubru
Georges Dassonville

Tel.: 0800 - 122 33 55
Fax: 0800 - 122 33 66

Registergericht:
Amtsgericht München
HReg: HRA 78754
Zuständige Aufsichtsbehörde:
Regierung von Oberbayern
Maximilianstraße 39
80538 München

Kontakt

Verantwortlich:
Roger Jaeckel (v.i.S.d.P.)
Leiter Gesundheitspolitik
Tel.: 089 - 360 44-8327
Fax: 089 - 360 44-9-8327
roger.r.jaeckel@gsk.com
Ilka Einfeldt
Senior Manager Patient
Relations
Tel.: 089 - 360 44-8376
Fax: 089 - 360 44-9-8376
ilka.i.einfeldt@gsk.com

Hinsichtlich der Nutzung des GSK-Patientenbriefs gelten unsere Nutzungsbedingungen entsprechend.
Diese können Sie auf www.patientenpolitik.de einsehen.