

Barmer-Vertrag: Ein zweiseitiges Schwert



Dr. Axel Munte,
Vorsitzender des
Vorstands der KVB

Ein „Meilenstein“ ist er für die einen, der „größte Bluff des Jahres“ für die anderen, der so genannte Barmer-Integrationsvertrag. Ende letzten Jahres präsentierten die Vertragspartner, auf der einen Seite die Barmer Ersatzkasse und auf der anderen Seite die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft und eine Marketinggesellschaft der Apotheker, das – mit Unterstützung von Hausärzterverband und Apothekerverband entstandene – Vorhaben einer breiten Öffentlichkeit. Zu der Pressekonferenz in Berlin war selbst Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt gekommen, um dem Gemeinschaftsprojekt die besten Wünsche für die Zukunft mit auf den Weg zu geben.

Das Echo auf diesen Vertrag, der zum 1. Januar diesen Jahres in Kraft getreten ist, war durchaus geteilt. Während der Hausärzterverband auf seiner Internetseite Mitte Januar stolz meldete, dass sich nach elf Arbeitstagen im Jahr 2005 bereits 12 000 Hausärzte in den Vertrag eingeschrieben haben, mutmaßen andere ärztliche Standesvertreter, dass es der Barmer primär darum gegangen sei, Zuwachs für die Disease-Management-Programme (DMP) zu generieren und die freie Arztwahl einzuschränken. Es ist offensichtlich, dass sich an dem Barmer-Integrationsvertrag die Geister scheiden. Wenn man analysieren will, was wirklich hinter der Sache steckt, muss man beide Seiten der Medaille betrachten.

Erst einmal gilt meine herzliche und ernst gemeinte Gratulation dem Vorsitzenden des Deutschen Hausärzterverbandes, Ulrich Weigelt und dessen Hauptgeschäftsführer Eberhard Mehl. Beide haben sich als sehr geschickte, taktisch versierte Verhandlungsführer erwiesen. Sie haben für ihre Mitglieder einiges erreicht: So erhalten die teilnehmenden Hausärzte pro eingeschriebenem Patienten einmalig eine Einschreibungspauschale in Höhe von 15 Euro und eine jährliche Betreuungspauschale von 20,40 Euro. Daneben können wei-

tere spezielle Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. Die Teilnahmevoraussetzungen – unter anderem Praxisausstattung mit Computer und Fax sowie Teilnahme an regelmäßigen Fortbildungen – sind durchaus erfüllbar.

Doch bereits hier beginnen die Probleme: Eigentlich war der im Rahmen der Gesundheitsreform neu eingeführte § 73 b des SGB V („Hausarztzentrierte Versorgung“) so gemeint gewesen, dass Krankenkassen mit Hausärzten, die bestimmte Qualitätsvorgaben erfüllen, Direktverträge abschließen können. Die Qualitätsvorgaben wiederum sind einheitlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu definieren und zu überwachen. Dies wurde bei dem Barmer-Vertrag umgangen, der auf § 140 a des SGB V basiert, der die Integrationsversorgung regeln und innovative Versorgungsprojekte mit einer Anschubfinanzierung von einem Prozent aus der Vergütung im ambulanten und stationären Bereich fördern soll. Innovative Elemente sind im Barmer-Vertrag jedoch kaum erkennbar. Und dem integrativen Ansatz ist damit Genüge getan worden, dass ein Hausapotheker definiert wurde. Ist es in Zeiten von Internetapotheken und wachsender Mobilität für den Patienten wirklich zielführend, sich an eine Apotheke zu binden? Und sind die teilnehmenden Hausärzte wirklich daran interessiert, dass laut Vertrag die Apotheker einen Teil ihrer originären Aufgaben übernehmen sollen?

Der Patient, der sich ab 1. März freiwillig einschreiben kann, muss künftig nur noch einmal im Jahr die Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro entrichten, spart sich also 30 Euro. Dafür verzichtet er auf seine freie Arztwahl, denn er ist – von Notfällen und einigen speziellen Ausnahmen abgesehen – an seinen einmal gewählten Hausarzt gebunden. Fachärzte – mit Ausnahme von Frauen- und Augenärzten – sind nur noch auf Überweisung zu konsultieren. Es ist anzunehmen, dass sich vor allem jene Patienten für dieses Programm einschreiben werden, die sich sowieso bereits sehr wirtschaftlich im Umgang mit den

Ressourcen verhalten und einen festen Hausarzt haben. Jene, die man eigentlich erreichen müsste, wenn man beispielsweise eine höhere Compliance in Sachen Arzneimittel oder ein geringeres Ärzte-Hopping erzielen will, werden schwerlich an dem Vertrag teilnehmen und sich weiterhin frei im System bewegen. Auch die sowieso schon fragwürdige Steuerungsfunktion der Praxisgebühr würde dadurch weiter ausgehöhlt.

Die Mehraufwendungen für solche Verträge sind laut gesetzlicher Vorgabe durch mittelfristige Einsparungen zu kompensieren. Dies erfordert wiederum eine solide Evaluation, die durch die Vertragspartner des Barmer-Integrationsvertrags ohne Datengrundlagen nicht geleistet werden kann. Ich kann meine Sorge nicht verhehlen, dass am Ende wir Ärzte die Verlierer dieses Vertragskonstrukts sein werden. Die Fachärzte zahlen ab sofort die Zeche durch ihren Anteil an der Gesamtvergütung, der für die Integrationsverträge nach § 140 abgezweigt wird. Die Hausärzte werden zwar einen kurzfristigen Gewinn haben, mittelfristig aber unter dem Vorwurf leiden, dass die Barmer Ersatzkasse die erwünschte Kostensenkung nicht nachweisen kann. Persönlich bin ich nach wie vor der Meinung, dass der Gesetzgeber gut daran getan hätte, die von Haus- und Fachärzten im Mai 2003 gemeinsam verabschiedete „Kitzbüheler Erklärung“, die eine bessere Basis für eine echte Verbesserung struktureller Defizite in unserem Gesundheitswesen bietet, im Rahmen der Gesundheitsreform umzusetzen. In der Erklärung heißt es: „Solange der Patient dem hausarztzentrierten System folgt, werden die Kosten der Behandlung wie bisher direkt mit der Gesetzlichen Krankenversicherung verrechnet. Nur in den Fällen, in denen der Facharzt direkt und ohne Einbeziehung des Hausarztes konsultiert wird (bisher schon weniger als 20 Prozent), werden den Patienten die Arztkosten – analog zur Regelung einer privaten Krankenversicherung – direkt in Rechnung gestellt.“ Das wäre ein Einstieg in eine transparente Kostenerstattung und ein guter Weg zur besseren Versorgung unserer Patienten ohne erneute Belastung unseres Gesundheitssystems.