

# **Eckpunkte für eine Vereinbarung zur hausärztlichen Versorgung nach § 73a SGB V**

## **Präambel**

Nach § 73a SGB V können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbaren, die dem vom Versicherten gewählten Hausarzt Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen übertragen. Für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen können die Vertragspartner von den nach § 87 SGB V getroffenen Leistungsbewertungen abweichen.

Mit diesem Papier verständigen sich die Vertragspartner auf die Eckpunkte einer für die Bremer Vertragsärzte und die Versicherten der beteiligten Krankenkassen vereinbarten hausärztlichen Versorgung nach § 73a SGB V.

Die Vertragspartner beabsichtigen, bis zum 15.08.2010 einen konkreten Vertragstext zu erarbeiten.

## **I Vertragsstruktur**

1. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB) und die beteiligten Landesverbände der Krankenkassen und die beteiligten Ersatzkassen schließen einen Vertrag nach § 73a SGB V zur hausärztlichen Versorgung.
2. Die vereinbarten Vertragsinhalte ergänzen die nach § 83 SGB V getroffenen gesamtvertraglichen Regelungen, die unverändert weiter gelten.
3. Als Vertragsbeginn wird der 01.10.2010 angestrebt, spätestens der 01.01.2011. Der Vertrag hat eine Mindestlaufzeit bis zum 31.12.2011.

## **II Versorgungsstruktur**

1. Der Hausarzt steuert das Leistungsgeschehen, indem er als Ansprechpartner des Patienten diesen bei der Inanspruchnahme der differenzierten Versorgungsangebote im Gesundheitssystem begleitet und durch fachlichen Austausch mit Fachärzten und anderen Leistungserbringern eine verbesserte Koordination der Versorgung gewährleistet.
2. Teilnahmeberechtigt sind alle niedergelassenen Hausärzte (ausgenommen Kinderärzte). Die Teilnahme setzt Mindestanforderungen an die Praxisausstattung sowie die Erfüllung von fachlichen und qualitätsorientierten Vorgaben voraus.
3. Versicherte können teilnehmen, sofern sie das 18. Lebensjahr vollendet haben.
4. Die Vertragspartner streben zudem eine spezifische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Kinderarztpraxen an. Auch hierzu werden die Eckpunkte diskutiert.
5. Die teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich zu einer aktiven Teilnahme an allen für Hausärzte geschlossenen Disease-Management-Programmen (DMP).
6. Um berufstätigen Patienten einen Arztbesuch außerhalb der Arbeitszeit zu ermöglichen, werden im notwendigen Umfang Termine in einer Früh-, Abend- oder Samstagsprechstunde angeboten.
7. Die teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich zu einer rationalen, evidenzbasierten Pharmakotherapie. Dabei erfolgt die Verordnung von Arzneimitteln auf der Grundlage des Bremer Arzneimittelregisters (BAR). Hierbei handelt es sich um eine vom Institut für

Pharmakologie erstellte, evidenzbasierte Empfehlungsliste von Arzneimitteln. Sie bietet einen Korridor, der therapeutische Sicherheit geben soll, Ausnahmen sind möglich und in manchen Therapiesituationen auch erforderlich.

8. Die teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich zu einer rationalen Hilfsmittelverordnung und bedienen die Steuerungsinstrumente der Krankenkassen.
9. Die teilnehmenden Hausärzte bieten eine intensivierete Betreuung von chronisch erkrankten Patienten an.
10. Zur Vermeidung von nicht notwendigen Krankenhausaufenthalten verpflichten sich die teilnehmenden Hausärzte, bei bestimmten Indikationen vor einer stationären Einweisung einen Facharzt zu konsultieren, um die Möglichkeit einer ambulanten Operation zu überprüfen.
11. Die KVHB gewährleistet ein für die teilnehmenden Krankenkassen transparentes aufwandsarmes Einschreibeverfahren. Dabei erfolgt die Datenübermittlung soweit wie möglich elektronisch.
12. Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich, an keinen weiteren Verträgen der beteiligten Krankenkassen zur hausärztlichen Versorgung teilzunehmen.

### **III Vergütungsstruktur**

1. Die Vergütung nach diesem Vertrag erfolgt zusätzlich zu den nach §§ 83 bzw. 87 bis 87c SGB V getroffenen Vergütungsvereinbarungen. Es erfolgt keine Bereinigung der Gesamtvergütung.
2. Der besondere Aufwand für die eingeschriebenen Versicherten wird mit einer kontaktabhängigen Quartalspauschale von 35,-- Euro für maximal zwei Quartale im Kalenderjahr vergütet.
3. Für die Betreuung von chronisch erkrankten eingeschriebenen Versicherten erhält der Hausarzt einen Punktwertzuschlag auf die Versichertenpauschale in Höhe von 1 Cent. (Annahme: 25 % der Fälle)
4. Die Vertragspartner verfolgen das Ziel, dass mit diesen Regelungen ein Anstieg des Fallwertes von 15 bis 20 Euro erreicht wird. Sofern der Chronikeranteil höher ist, erfolgt eine Anpassung der Regelung nach Nr. 3.
5. Die Vertragspartner prüfen, inwieweit durch geeignete Maßnahmen eine Verbesserung von Vorsorgeleistungen erzielt werden kann.
6. Mit dieser Vereinbarung soll ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand vermieden werden. Die Abrechnung der genannten Leistungen erfolgt im Rahmen der normalen KV-Abrechnung. Den Krankenkassen werden die Leistungen über das Formblatt in Rechnung gestellt. Es gelten die üblichen Datenschutzbestimmungen.

Bremen, den 16.06.2010

-----  
Kassenärztliche Vereinigung Bremen

-----  
AOK Bremen/Bremerhaven

-----  
hkk