

Beschlussübersicht
der Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzterverbandes e.V.
am 24. und 25. April 2015 in Frankfurt am Main

Aufnahme neuer „Chroniker-Diagnosen“ im Zuge zukünftiger Vertragsverhandlungen mit der Techniker Krankenkasse

Der Vorstand des Deutschen Hausärzterverbandes wurde beauftragt, im Zuge zukünftiger Vertragsverhandlungen mit der Techniker Krankenkasse, den Anhang 2 der Anlage 3 (Chroniker-Diagnosen) des TK-HZV-Vertrages weiter auf die Versorgung in der hausärztlichen Praxis anzupassen.

Weiterbildung in Allgemeinmedizin

Um die Attraktivität der Weiterbildung in Allgemeinmedizin zu steigern, sind verstärkte Anstrengungen auch der ärztlichen Selbstverwaltung notwendig. Hierzu gehören:

- Abkehr von der Schaffung immer neuer Spezialfächer und Zusatzbezeichnungen, die die umfassende Zuständigkeit und Qualifikation des Facharztes für Allgemeinmedizin in Frage stellen (u. a. in den Bereichen Geriatrie, Palliativmedizin, Schmerztherapie)
- aktive Förderung von Weiterbildungsverbänden mit dem Ziel, die faktische Weiterbildungszeit von derzeit über 8 Jahren auf tatsächlich 5 Jahre zu verkürzen
- Unterstützung zeitgemäßer didaktischer Konzepte im Rahmen dieser Verbundweiterbildung verbunden mit finanzieller Förderung
- Beseitigung von Regelungen in den Weiterbildungsordnungen der einzelnen Ärztekammern, die die Weiterbildung erschweren oder behindern (z. B. festgelegte Reihenfolge der Weiterbildungsabschnitte)
- Fortführung der Möglichkeit des Quereinstiegs für Fachärzte anderer, geeigneter Gebiete.

Zunehmender geriatrischer Versorgungsbedarf

Eine gesonderte geriatrische Versorgungsebene (ambulant tätiger Geriater, geriatrischer Institutsambulanzen) wird abgelehnt, da die überwiegende Mehrzahl geriatrischer Patienten von Hausärzten versorgt wird. In der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin erwerben Hausärzte alle wesentlichen geriatrischen Inhalte und Kompetenzen. Wo Defizite bei der Versorgung geriatrischer Patienten bestehen, beruhen diese in erster Linie auf Zeitknappheit und unzureichender Vergütung, nicht auf mangelnden Kompetenzen. Es ist daher nicht akzeptabel, wenn Hausärzte für das Erbringen geriatrischer Leistungen zusätzliche Qualifikationen und Zusatzweiterbildungen nachweisen sollen, die gegenüber den Inhalten der Weiterbildungsordnung redundant sind. Eine geforderte Pflichtweiterbildung in Geriatrie als Abrechnungsvoraussetzung würde zu einer Verschlechterung und einer weiteren Fragmentierung der Versorgung führen, wenn Hausärzte, die für diese Leistungen keine Vergütung erhalten, sich aus der Versorgung geriatrischer Patienten zurückziehen.

Neue Entwicklungen und Versorgungsansätze können nicht durch eine einmal zu absolvierende Kursweiterbildung abgedeckt werden. Hier erscheinen regelmäßige, spezifische Fortbildungen der richtige und adäquate Weg.

Hausarztzentrierte Versorgung

Hausarztzentrierte Versorgungsverträge sind ein wichtiges Element zur Stärkung der Hausärzte und zur sinnvollen Strukturierung der ambulanten medizinischen Versorgung. Diese Ziele verfolgend sind bei der Umsetzung unterschiedliche Wege der Organisation und Ausprägung der Verträge möglich. Die Entscheidung über diese Wege obliegt den Landesverbänden. Der Vorstand des Bundesverbands wird aufgefordert, auch diese Verträge, die mit gleicher Zielsetzung abgeschlossen sind, darzustellen. Dazu stellen die entsprechenden Landesverbände ihre Daten dem Bundesverband zur Verfügung.

Finanzierung des Notdienstes

Die Krankenkassen zahlen an die Kassenärztlichen Vereinigungen mit befreiender Wirkung Versichertenpauschalen für die Sicherstellung der Versorgung inklusive der Notfallversorgung. Dies reicht in allen Kassenärztlichen Vereinigungen nicht für eine sachgerechte Abwicklung des Notdienstes, so dass die Ärzte das Defizit aus bereits vereinnahmtem Honorar oder für die Versorgung vorgesehenem Honorar selber bezahlen.

Die Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzterverbandes fordert deshalb die Krankenkassen auf, die Kosten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes gesamt und extrabudgetär zu vergüten.

Die KBV wird aufgefordert, dieses Anliegen in den Verhandlungen mit den Krankenkassen umzusetzen.

Gleichstellung der VERAH und der NÄPA (PRÜFEN)

Die Delegierten des Hausärzterverbandes fordern von den Landesärztekammern die Gleichstellung der VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) mit der NÄPa (Nicht-ärztliche Praxisassistentin). Die KBV wird aufgefordert, die Gleichstellung der VERAH in der Anlage 8 des Bundesmantelvertrages aufzunehmen.

Trennung der MGV – hier: Vergütung von speziellen Laborleistungen

Die KBV wird aufgefordert die Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Vergütung [Teil B der Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V] so zu ändern, dass die Laborleistungen nach Kapitel 32.3 EBM ausschließlich aus dem fachärztlichen Gesamtvergütungsanteil bezahlt werden; dies gilt auch für etwaige Ausgleichzahlungen bei Über- oder Unterschreitung des entsprechenden Vergütungsanteils. Für Leistungen des Speziallabors gem. Kapitel 32.3 sind demnach keine Grundbeträge nach Ziff.1, 1.2. der KBV-Vorgaben zu bilden. Das Einvernehmen mit den Kassen ist herzustellen.

Parität der Stimmen in der Vertreterversammlung (VV)

Der Gesetzgeber hält in der anstehenden Gesetzgebung unverändert an der Parität der Stimmverhältnisse zwischen Haus- und Fachärzten in den Entscheidungsgremien der Kassenärztlichen Vereinigungen fest.

Die Delegierten des Deutschen Hausärzteverbandes unterstützen nachdrücklich die Absicht des Gesetzgebers, das strukturelle Ungleichgewicht der Versorgungsebenen in den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beseitigen und die Voraussetzung zu schaffen, dass die hausärztlichen Vertreter in den Körperschaften der Kassenärztlichen Vereinigungen über rein hausärztliche Belange eigenständig und ohne fachärztliche/psychotherapeutische Majorisierung entscheiden können.

Hierfür ist die Schaffung einer strukturellen Parität zwischen den Versorgungsebenen unabdingbar erforderlich. Dazu ist gesetzlich zu regeln, dass aus dem hausärztlichen Bereich ausschließlich hausärztlich tätige Vertragsärzte stimmberechtigt sind.

Die KBV und die Länder-KVen werden aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass die strukturelle Parität zwischen Haus- und Fachärzten in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen umgehend und ohne Ausweichmanöver eingeführt wird.

Stärkung des präventiven Gedankens in der Versorgung

„Vorbeugen ist besser als heilen!“

Prävention, Früherkennung und Vorsorge nehmen in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung herausragende Plätze ein. Hausärztliche Medizin deckt traditionell als Familienmedizin alle Bereiche von der Kinder- und Jugendvorsorge über den Gesundheitscheck bis zur Krebsfrüherkennung bis zur Geriatrie ab.

Vorsorge, Früherkennung und Motivation zu gesundheitsbewusster Lebensführung sind essentielle Bestandteile hausärztlicher Medizin.

Ebenso unverzichtbar im hausärztlichen Selbstverständnis ist ein konsequenter Schutz der Menschen durch Impfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission. Dazu bilden sich die Hausärzte durch kontinuierliche Fortbildung für das gesamte Praxisteam insbesondere im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung fort.

Darüber hinaus ist heutzutage der Ratschlag des Hausarztes auch bei Reiseimpfungen und Reiseschutz die erste Informationsquelle für die Patienten.

Nur durch die permanente Betonung des Präventivgedankens und Umsetzung der Möglichkeiten im täglichen Alltag durch die Hausärzte in ihrem Gespräch mit ihren Patienten werden langfristig die gesundheitspolitisch gewollten Versorgungsziele erreicht werden können.

Zusätzliche Förderungsmittel für Hausärzte im EBM 2015

Die von der KBV mit den Krankenkassen verhandelte Förderung der hausärztlichen Medizin im EBM für 2015 (ca. 122 Mio. €) ist aktuell gebunden an das Vorhalten einer NÄPa/VERAH.

Die Delegierten des Hausärzteverbandes erneuern ihre Forderung auf Auszahlung der Gelder als Zuschlag auf die Chronikerpauschale des EBM ohne jede Vorbedingung.

Erhaltung der Akademie für Allgemeinmedizin

Die Förderung der Allgemeinmedizin als tragende Säule der hausärztlichen Versorgung ist eine zentrale Aufgabe der Politik und der ärztlichen Körperschaften. Die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern muss die Sicherung der Allgemeinmedizin zur Erhaltung der hausärztlichen Versorgungsebene als vordringliches politisches Ziel erkennen und wahrnehmen. Der beim Deutschen Ärztetag beabsichtigte Antrag zur Reformierung der Gremienstruktur mit dem möglichen Ergebnis des Wegfalls der Akademie für Allgemeinmedizin gibt ein völlig falsches Signal. Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, die Akademie für Allgemeinmedizin von vorneherein von den Überlegungen zur Änderung der Gremienstruktur auszunehmen und zu erhalten.

GOÄ

Der Deutsche Hausärzteverband fordert, dass die hausärztliche Tätigkeit bei der Novellierung der GOÄ hinreichend abgebildet wird. Sofern es bei der bisher angedachten Systematik eines Grundleistungskapitels B (die dortigen Leistungen können auch von Fachärzten abgerechnet werden) bleiben sollte, muss die neue GOÄ auch bestimmte, ausschließlich von Hausärzten abrechenbare Leistungen enthalten. Der Deutsche Hausärzteverband fordert hierzu mindestens die Aufnahme der beiden Positionen H1 (Zuschlag für die besondere hausärztliche Betreuung) und H2 (Zuschlag für den Einsatz der VERAH), die ausschließlich von Hausärzten erbringbar und abrechenbar sind. Beide Leistungen müssen auch im Rahmen von Einzelverträgen vereinbart, abgerechnet und vergütet werden können, ebenso Pauschalen und andere vertragsindividuelle Leistungen.