Förderung für Arztnetze

Rahmenvorgabe schafft Klarheit

Welches Arztnetz hat Chancen auf Förderung durch die KV, und wie könnte diese aussehen?
Die jetzt in Kraft getretene Rahmenvorgabe von KBV und GKV-Spitzenverband gibt Orientierung.

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich auf eine gemeinsame Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen einigen können. Und seit 1. Mai ist diese nun auch in Kraft (im Internet unter www.kbv.de/rechtsquellen/43483.html). Damit steht Ärztenetzen die Tür zur finanziellen Förderung durch ihre KV offen. Wer an solche Fördergelder gelangen soll, darüber haben KBV und Krankenkassen eine sehr konkrete Vorstellung. Allerdings lassen sie den einzelnen KVen einen gewissen Spielraum bei der Förderung. Der Beschluss enthält die Kriterien für die Förderung, mit denen die KBV auch ins Rennen gegangen war.

Kriterien für Fördergelderbezug

Ganz wichtig, insbesondere für Netze in Gründung, ist: Die KVen können in begründeten Fällen, vor allem bei regionalen Besonderheiten, von der Rahmenvorgabe abweichen. Das haben KBV und Krankenkassen gleich in § 1, Absatz 3, festgehalten. Junge Netze, die gerade Unterstützung bräuchten, fallen nämlich eigentlich durch das Förderraster. Der Grund: Nur Netze, die seit mindestens drei Jahren bestehen, werden nach den KBV- und Kassenkriterien als „förderungswürdiges Netz“ anerkannt. Aber es sind noch mehr Strukturvorgaben zu erfüllen, um überhaupt in die Nähe von Fördergeldern zu kommen. So müssen zwar mindestens 20 Vertragsarzt- oder Psychotherapiepraxen teilnehmen, es dürfen aber maximal 100 sein. Davon darf die KV nur abweichen, wenn es die Größe der Versorgungsregion, der Versorgungsradius oder die Bevölkerungsdichte erfordert. Außerdem müssen mindestens drei Fachgruppen vertreten sein – von denen eine für den hausärztlichen Versorgungsbereich reserviert ist.

Versorgung vor Ort im Fokus

Örtlich zu weit auseinandergezogene Kooperationen werden ebenfalls eher leer ausgehen: Die Netzpraxen müssen laut Rahmenvorgaben ein auf die wohnortnahe Versorgung bezogenes zusammenhängendes Gebiet erfassen. Dr. Bernhard Gibis, Leiter des Dezernats Verträge und Ordnungsmanagement bei der KBV, lieferte bereits im Februar in Berlin auf einem Workshop der Agentur deutscher Arztnetze die Begründung: „Es geht uns um die Versorgung vor Ort.“ Und will man ein wenig mutmaßen, dann könnte man behaupten: Netze, die es schaffen, überregionale, größere Strukturen aufzubauen, holen sich meist von Beginn an einen Partner mit ins Boot, der in irgendeiner Form bei der Finanzierung unterstützt – etwa eine Krankenkasse. Sie brauchen die Förderung also weniger. Bleiben die Praxen nur unter sich, wird aus der Finanzspritze aber auch nichts. Es muss eine Kooperationsvereinbarung mit mindestens einem nicht ärztlichen Leistungserbringer – etwa einer Physiotherapiepraxis – oder einer Klinik bestehen.

Angesichts der immer wieder kritisierten Korruption im Gesundheitswesen haben KBV und Krankenkassen bei Netzen gleich vorgesorgt. Teilnehmende Netzärzte müssen nicht nur zum Thema Qualitätsmanagement sowie Wissens- und Informationsmanagement gemeinsame Standards vorweisen. Sie brauchen auch eine gemeinsame Vereinbarung zum Thema Unabhängigkeit gegenüber Dritten. Außerdem müssen die Netze eine feste Managementstruktur nachweisen – dazu benötigen sie einen Geschäftsführer und einen ärztlichen Leiter oder Koordinator. Und da bei den förderungswürdigen Netzen „nicht der

Gelderwerb im Fokus stehen darf“, wie Gibis erklärte, ist die Form der Aktiengesellschaft für Netze tabu.

Dreistufiges Fördermodell

Drei Versorgungsziele geben KBV und Krankenkassen in § 4 vor: die Patientenzentrierung, eine kooperative Berufsausübung und eine verbesserte Effizienz beziehungsweise Prozessoptimierung. An diesen Zielen und ihren Kriterien richten sich auch die drei Stufen der Förderung aus. Denn KBV und Krankenkassen wollen den Netzen durchaus die Chance geben, sich weiterzuentwickeln. Auch Netze, die weniger EDV und Standards einsetzen, aber trotzdem die regionale Versorgung nachhaltig verbessern oder sichern, sind nicht gänzlich von der Förderung ausgeschlossen.

Netze müssen mindestens die Kriterien der Basisstufe erreichen. Und KBV und Krankenkassen haben durchaus sehr konkrete Vorstellungen, was Netze leisten müssen. Für die Grundförderung ist das allerdings mit nicht allzu großem Aufwand umsetzbar. Welcher Stufe welche Fördergelder zugesprochen werden, ist dann jedoch KV-Sache. Die KV muss auch entscheiden, ob sie überhaupt Fördergeld bereitstellt oder die Netze etwa unterstützt, an Add-on-Verträge mit den Krankenkassen zu kommen. Letzterer Weg wird voraussichtlich die Regel bei der Netzförderung sein, wie aus Anfragen bei KVen hervorgeht.

Aber nicht nur mit Geld werden Netze unterstützt. Die Rahmenvorgabe zeigt den Netzen auch andere Wege zu einer Unterstützung durch die KV, etwa indem sie in § 5, Absatz 2, fest schreibt, dass die KV Netzen spezifische Strukturdaten übermitteln muss. Das hilft in den Verhandlungen mit Krankenkassen.

Rebekka Höhl