

Information für den Hausarzt

April 2008

Sehr geehrte hausärztliche Mitglieder der KV Hamburg!

Sie halten ein neues Medium der KV Hamburg in den Händen: „KV Fakt“ – Informationen für den Hausarzt. Es ist speziell geschaffen worden, um die rund 1.200 haus- und kinderärztlich tätigen Mitglieder der KV Hamburg zu informieren. Denn wir stehen vor einem sehr turbulenten Herbst, an dessen Ende aber nicht ein trüber Winter, sondern mindestens ein wenig Licht am Horizont stehen soll. Das vertragsärztliche Honorarsystem und die vertragsärztliche Versorgung insgesamt stehen vor großen Umwälzungen. Wir wollen Sie hierbei noch enger begleiten und Ihnen alle notwendigen Informationen zur Verfügung stellen, damit Sie sich auf die Veränderungen vorbereiten können.

Für die Hausärzte stehen noch weitere Themen an, die wir mit Ihnen diskutieren und um die wir uns kümmern werden:

- Die hausärztliche Versorgung droht zur Alibiveranstaltung in großen Praxis-Konglomerationen missbraucht zu werden. Wir müssen verhindern, dass Hausarztpraxen nur deshalb aufgekauft werden, um Abrechnungsmöglichkeiten zu optimieren aber damit Versorgungslücken geschaffen werden.
- Wir müssen die Rahmenbedingungen so weiterentwickeln, dass der Verkauf gutgehender Hausarztpraxen auch wieder einen guten Ertrag bringt.
- Auch in einem Stadtstaat wie Hamburg gibt es weniger gut versorgte Regionen. Wir werden unsere Anstrengungen verstärken, auch dort für ein ausreichendes haus- und kinderärztliches Angebot zu sorgen. Hierzu werden wir auch die Möglichkeiten der Vertragsarzt-Liberalisierung nutzen. Wir sind hierbei aber auch auf die

Mitarbeit der betroffenen Ärztinnen und Ärzte angewiesen.

- Die Honorarsituation der Hausärzte muss verbessert werden – nicht nur ganz allgemein dadurch, dass die Krankenkassen mehr Finanzmittel zur Verfügung stellen müssen, sondern auch dadurch, dass genuin hausärztliche Tätigkeit angemessen vergütet wird. Dies müssen wir in Hausarztverträgen, aber auch in einer leistungsgerechteren Umgestaltung der Gebührenordnung sicherstellen.
- Die hausärztliche Versorgung hat Nachwuchsorgen. Hier müssen wir gemeinsam mit den bald zwei Medizin-Universitäten in Hamburg gegensteuern. Die ersten Gespräche und Schritte hierfür sind bereits unternommen.

Sie sehen, die KV Hamburg hat viel Arbeit vor sich. Damit wir diese auch erfolgreich abschließen können, brauchen wir Ihre Mithilfe, müssen Sie informiert sein und uns Ihre Meinung mitteilen. Daher dieses „KVH Fakt“ für Hausärzte, das Sie in Zukunft in unregelmäßigen Abständen erhalten. Feedback ist uns sehr willkommen.

KV Hamburg

Der Vorstand



Dieter Bollmann (l.), Vorstand
Walter Plassmann, stv. Vorstand der KVH

pRVV – Eine Erfolgsstory geht zu Ende

Bis Ende 2008 wird die Systematik der „praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina“ (pRVV) fortgesetzt. Dann wird diese Form der Honorarverteilung abgelöst durch eine bundesweite Regelung – die allerdings erst in groben Umrissen bekannt ist. Seit 2003 wurde in Hamburg das Honorar der gesetzlichen Krankenkassen nach dem pRVV-System verteilt. Es war als kurzfristige Notlösung gedacht – und stellt sich rückblickend als Erfolgsmodell heraus.

Die Gründe zur Einführung dieses Verteilungsmodus, der auf der individuellen Vergangenheit der Praxis basiert, waren von der breiten Mehrheit der Hamburger Ärzteschaft getragen worden: Endlich heraus aus dem Hamsterrad, endlich heraus aus der Unsicherheit über das zu erwartende Honorar, endlich heraus aus der schreienden Ungerechtigkeit, die Ärzte finanziell für die Morbiditätsentwicklung in Haftung zu nehmen.

Die pRVV drehten diese unselige Systematik um: Fortan wurde berechnet, wieviel Leistungsmenge zur Verfügung steht, wenn eine angemessene Leistungshonorierung aus dem von den Krankenkassen gezahlten Geld überwiesen werden soll. Damit wurde jedem sofort klar, dass die Krankenkassenhonorare schon lange nicht mehr ausgereicht haben, um die in der Gebührenordnung kalkulierten Honorare zu zahlen. Die Unterfinanzierung ärztlicher Tätigkeit wurde nicht mehr hinter fallenden Punktwerten versteckt, sondern offengelegt: Eine bestimmte Menge an Leistungen konnte mit einem angemessenen Honorar erbracht werden, aber dies war deutlich weniger, als von den Patienten abgerufen wurde.

Verstärkt wurde dieser Ansatz dadurch, dass fortan jede Praxis für das Umgehen mit diesem Budget selbst verantwortlich war. Das Budget galt nicht mehr für eine Gruppe – mit der Folge, dass jeder versuchte, ein möglichst großes Stück vom Grünkuchen zu ergattern –, sondern wurde auf der historischen Basis der Praxis ermittelt. Damit hatte

diese nicht nur in der Hand, wie mit dem Budgetrahmen umgegangen werden soll, sondern sie konnte vor allem sicher sein, dass die von ihr gewählte Strategie nicht durch Fachkollegen durchkreuzt wurde. Jeder konnte seinen persönlichen Umgang mit dem Budget festlegen. Damit war ein Maximum an Planungssicherheit erreicht, mehr ließen die allgemeinen Verteilungsregeln und die deutlich zu niedrige Gesamtvergütung der Krankenkassen nicht zu.

Natürlich gab es anfänglich Schwierigkeiten – nicht nur bei den Ärzten, sondern auch bei der KV, die nicht von Anfang an sicherstellen konnte, dass die pRVV-Mitteilung pünktlich vor Quartalsbeginn in den Praxen war. Auch waren viele Ärzte skeptisch, ob sie sich wirklich auf die Zusage verlassen konnten, dass der Budgetumgang in Zukunft tatsächlich und dauerhaft in ihre Autonomie gestellt wurde. Doch nach ein paar Monaten spielte sich das System ein, die Praxen richteten ihre Strategie auf den Budgetrahmen aus.

Und auf einmal wurde die Unterfinanzierung für alle Welt sichtbar. Es kam zu Wartezeiten, Patienten hatten Probleme, einen schnellen Termin für elektive Behandlungen zu bekommen. Politik, Medien und Krankenkassen versuchten zwar beharrlich, den Ärztinnen und Ärzten den schwarzen Peter für diese Verhältnisse in die Schuhe zu schieben, aber die konsequente Haltung der KV Hamburg und ihrer Mitglieder zahlte sich aus: Die Unterfinanzierung der vertragsärztlichen Versorgung konnte nicht länger hinter unverständlichen Verteilungsregeln versteckt werden, sie wurde ins grelle Licht gezerrt.

Schlussendlich sah sich die Politik gezwungen, das für 2009 angekündigte neue Honorarsystem mit der Zusage einer deutlichen Honorarsteigerung zu verbinden. Sicher – noch ist dies lediglich eine Zusage, aber die Mechanik der Honorarerhöhung ist im Gesetz festgeschrieben, und jeder Tag, der vergeht, macht es schwieriger, diese Gesetzes-Systematik zu ändern.

Die pRVV mussten dann deutlich länger in Kraft bleiben als gedacht. So hatte der Vorstand der KV Hamburg 2005 entschieden, die vom Bewertungsausschuss auf Bundesebene vorgegebene Systematik der „Regelversorgungsvolumina“ (RLV) in Hamburg nicht umzusetzen, da die Auswirkungen als nicht kalkulierbar eingeschätzt worden waren. Die Erfahrungen in den KVen, die dies anders gesehen hatten, gaben der KV-Führung in der Hansestadt im Nachhinein recht: Auch monatelange Turbulenzen und ein permanentes Nachsteuern machten die RLV nur mühsam gangbar.

Ende des vergangenen Jahres sollte aber doch das Totenglöcklein für die pRVV läuten – wenigstens im hausärztlichen Bereich. Denn im EBM 2008 hatte sich die Honorarsystematik der Hausärzte durch die Einführung der Pauschalen so grundlegend geändert, dass es besser erschien, auf RLV umzuschwenken, die an Hamburger Verhältnisse angepasst werden sollten. Doch dieses Mal spielten die Krankenkassen nicht mit. Sie koppelten eine Zusage an derart hohe und strategisch verheerende Forderungen, dass keine Einigung zustande kommen konnte. Deshalb gelten die pRVV auch für den Rest des Jahres 2008 weiter – wenn auch in leicht veränderter Form. So werden die Kontingente von Primär- und Ersatzkassen zusammengelegt und das pRVV wird (nachträglich) erhöht, wenn die Praxis überdurchschnittlich viele sehr junge oder sehr alte Patienten versorgt hat.

Nach knapp fünf Jahren pRVV lässt sich sagen, dass die meisten Praxen schlussendlich gut mit dem Individualbudget klar kamen. So wurden in allen Fachgruppen gleichermaßen die Patientenkontakte reduziert – um durchschnittlich acht Prozent. Dies gilt auch für die Hausärzte. Der Arzt konnte seine Arbeitszeit also durchaus besser einteilen, als er dies in Zeiten des „Hamsterrades“ hatte machen können. Problematisch war allerdings, dass der praxis-historische Aufsatz dort ins Leere ging, wo sich Praxen veränderten oder verkauft wurden. In diesen Fällen musste per Einzelfallentscheidung dafür gesorgt werden, dass der Versorgungsauftrag erfüllt werden konnte. Zweimal musste auch der Aufsatzzeitraum verändert werden, um diese Entwicklungen besser abbilden zu können.

Mißbräuche des pRVV wurden so gut wie nicht bekannt. Zwar wurde mitunter in der Vertreterversammlung und im Beratenden Fachausschuss Hausärzte gemutmaßt, die Regelung würde massiv ausgenutzt, indem Patienten einfach in andere Praxen abgeschoben würden, doch belegen ließ sich dies nicht. So hatte von 2003 bis 2006 nur eine Handvoll Praxen ihre Fallzahlen deutlich reduziert – und die meisten von ihnen hatten nachvollziehbare Gründe wie Krankheit oder Umzug. Im Großen und Ganzen erfüllten die pRVV also ihren Zweck: Sie machten den Mangel sichtbar, gaben der Praxis so viel Planungssicherheit wie im Gesamtsystem möglich und sensibilisierten Patienten und Öffentlichkeit für die Unterfinanzierung des vertragsärztlichen Systems.

Vor allem aber waren sie die beste Strategie für die neue Honorarwelt. Dies konnte zwar niemand absehen, als die pRVV entwickelt worden waren, aber da sich nunmehr die Nebel um die neue Vergütungssystematik langsam (sehr langsam!) zu lichten beginnen, zeichnet sich ab, dass die KVH-Strategie, einen angemessenen Punktwert als absolute Richtschnur der Honorarverteilung zu nehmen, goldrichtig war. Denn dieser Punktwert bestimmt den „Orientierungspunkt“ der neuen Zeit, der für den größten Teil der vertragsärztlichen Leistung garantiert zur Auszahlung kommen wird. Vor allem aber wird er eine feste Basis sein, um die Gesamtvergütung weiterzuentwickeln. Wir werden in einer der nächsten Ausgaben der „KVH Fakt“ hierauf eingehen.

Die pRVV waren als Provisorium gedacht – und wie so viele Provisorien hatten sie ein sehr viel längeres Leben, als es geplant war. Natürlich konnten sie kein Allheilmittel sein; es ist schlechterdings unmöglich, eine zu geringe Gesamtvergütung so zu verteilen, dass es alle Betroffenen als „gerecht“ empfinden. Es gibt keine gerechte Honorarverteilung in einem ungerechten System. Aber die pRVV haben die KV-internen Verteilungskämpfe beendet und die Autonomie der Praxen gestärkt. Das ist nicht wenig. Was die pRVV uns strategisch eingebracht haben, werden wir in wenigen Monaten sehen.

Husarenritt in Finkenwerder

Wettbewerb im Gesundheitswesen und beginnender Arztmangel: Das geht nicht zusammen. Den Beweis liefern Vorgänge der vergangenen Wochen in Finkenwerder. Dort hatte ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), dessen Konzernspitze in Köln sitzt und das von einer der größten Ersatzkassen in Hamburg mit besonders vielen Versicherten in Finkenwerder finanziell unterstützt wird, einen Hausarzt-Sitz „aufgekauft“ und in die Innenstadt an den zukünftigen MVZ-Sitz verlagert. Die KV Hamburg, der zuvor noch gesagt worden war, in dem besagten MVZ werde keine hausärztliche Versorgung stattfinden, wurde damit beruhigt, dass die Versorgung in Finkenwerder sichergestellt bleibe. Trotzdem nahm der KV-Vorstand sofort Kontakt zu den verbliebenen Hausärzten in Finkenwerder auf.

Das war goldrichtig. Denn die MVZ-Manager im fernen Köln hielten prompt ihre Zusage nicht ein und schlossen die Praxis auf der Elbinsel Hals über Kopf. Selbst an die Patientenunterlagen war tagelang nicht heranzukommen. Inzwischen hatte die KV allerdings Auswege gefunden und gebahnt. In

den verlassenen Praxisräumen wird die Filiale eines Hausarztes eingerichtet und ein hausärztlicher Sonderbedarf ist auf den Weg gebracht, den die KV im Zulassungsausschuss nachdrücklich befürworten wird. So dürfte schlussendlich in wenigen Wochen in Finkenwerder wenigstens der hausärztliche Status quo ante wieder hergestellt sein.

Ende gut – alles gut? Wohl kaum. Denn dieser Vorgang zeigt, welche Probleme uns in der Zukunft erwarten. Arztmangel ist kein Phänomen der östlichen Bundesländer oder des „platten Landes“. Auch in einer Großstadt wie Hamburg dünnt das Netz der niedergelassenen Praxen aus. Die Wege werden länger, die Versorgung unübersichtlicher. Helfen kann hier nur ein doppelter Ansatz: Ärztliche Leistung, vor allem hausärztliche Leistung, muss wieder angemessen honoriert werden und gerade um den hausärztlichen Nachwuchs werden wir uns gemeinsam mit den Universitäten frühzeitig kümmern müssen. Kurzfristig werden wir im Einzelfall sehen müssen, wie wir Versorgungsengpässe vermeiden können. Als nächstes steht die kinderärztliche Versorgung in Wilhelmsburg auf der Agenda des KV-Vorstandes.

Impressum:

Verantwortlich für den Inhalt:
Vorstand der KV Hamburg
Redaktion:
Abteilung Öffentlichkeitsarbeit

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Telefon: 040 / 22 802 - 534
Telefax: 040 / 22 802 - 420
eMail:
oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de
Weitere Informationen finden
Sie auch im Internet

Vermeiden Sie den Papierkrieg in Ihrer Praxis und fordern Sie die neuesten Informationen der KV Hamburg per eMail an. Einfach an oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de schreiben und schon bekommen Sie von uns die ePost. Weitere Informationen auch unter: www.kvhh.de