

KV-Vertreterversammlung

Die Ärztevertreter debattierten über Honoraränderungen, die geplante Reform des Bereitschaftsdienstes und den KV-Online-Service. Zwei brisante Satzungsänderungen wurden vertagt.

Von Martin Niggeschmidt

Ringen um die beste Lösung

Es war eine lange Sitzung: Erst gegen halb zwölf Uhr nachts verließen die Mitglieder der KV-Vertreterversammlung am 8. April 2010 das Ärztehaus. Da lagen über drei Stunden eines dicht gedrängten Programms hinter ihnen.

Die Sitzung war von Dr. Michael Späth eröffnet worden, dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung. Er berichtete über das große Interesse an der Bewerbung zur Wahl der Vertreterversammlung. Gleich am ersten Tag, an dem Wahlvorschläge eingereicht werden konnten, seien sieben Listenvertreter ins Ärztehaus gekommen. Nun, am Ende der Bewerbungsfrist stehe fest: Es werden neun ärztliche und zwei psychotherapeutische Listen zur Wahl antreten. „Das wird ein spannender Wahlkampf“, so Späth. „Ein Punkt aber macht mir Sorge: Es fehlen uns Kandidaten, die bereit sind, sich als Kreisobleute zur Wahl zu stellen“. Bisher hätten sich nur in neun der 22 Kreise Bewerber gefunden. Deshalb solle angeregt werden, die Bewerbungsfrist in den noch unbesetzten Kreisen zu verlängern. (Der Landeswahlausschuss folgte dieser Anregung der Vertreterversammlung und verlängerte die Bewerbungsfrist bis zum 28. Mai 2010, 16 Uhr.) „Stellen Sie sich für dieses Amt zur Verfügung!“, appellierte Späth an die Ärzte und Psychotherapeuten. „In den Kreisversammlungen tauschen sich die Kollegen aus, hier wird mit den KV-Vorständen und anderen Gästen diskutiert, hier stellen sich neue Kollegen vor. Das ist ein wichtiges Gremium.“

Sonderprüfung der Honorarverteilung

Der KV-Vorsitzende Dieter Bollmann stellte die Ergebnisse einer Prüfung der Hono-

rarverteilung in den Quartalen 4/2008 und 1/2009 vor. Die Sonderprüfung war von der Vertreterversammlung in Auftrag gegeben worden. „Der Revisionsverband hat uns bescheinigt, die vorgegebenen Regelungen korrekt umgesetzt zu haben“, resümierte Bollmann. Für dieses objektive Lob für die schwierige Umsetzung der Reform erhielten der KV-Abrechnungschef John Afful und seine Mitarbeiterin Kristina Wannicke Applaus von den Hamburger Ärztevertretern.

Rückgang der Verteilungssumme erwartet

Für das erste Quartal 2010 erwartet Bollmann allerdings einen Rückgang der Verteilungssumme gegenüber dem Vorjahr von zehn Prozent. Dies sei der Tatsache geschuldet, dass im vergangenen Jahr die kalkulierten und ausgezahlten Beträge über den schlussendlichen Zahlungen der Krankenkassen gelegen hätten. Diese Überzahlung müsse man nun zurückführen. Die Auswirkungen seien allerdings in den Arztgruppen recht unterschiedlich, weil hierbei auch andere Faktoren eine Rolle spielten. Bollmann: „Durch eine Änderung der vorgegebenen Rechenmechanik ändert sich die Zusammensetzung von Arztgruppen. Das hat teilweise erhebliche Auswirkungen auf die Höhe der Regelleistungsvolumen.“

Ab 1. Juli kommt zudem ein neues Verfahren zum Einsatz, das für eine dauerhafte und stabile Trennung der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütung sorgen soll. Gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses wird auf der Basis des ersten Halbjahres 2009 ein Trennungsfaktor ermittelt, der dann unverändert für die Zukunft gilt. Die grundlegende Systematik der Honorarverteilung bleibt aber

trotz umfangreicher Änderungen durch den Bewertungsausschuss bestehen.

„Maxime der neuen Regelungen war es, die wohnortnahe Basisversorgung zu stärken“, so Bollmann. Eine Mengenausweitung der „freien Leistungen“ (Akupunktur, dringende Hausbesuche) habe dazu geführt, dass für die Regelleistungsvolumen immer weniger Geld zur Verfügung stehe. Die „freien Leistungen“ würden nun „gedeckt“ und gingen zusammen mit den Fallwertzuschlägen in einer neuen Art von Zusatz-Honorarvolumen auf – den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV). Die QZV sind mit den RLV voll verrechenbar und umgekehrt. „Wir werden die Fallwertzuschläge, die wir bisher hatten, neu berechnen und als QZV beibehalten“, so Bollmann. „Ob es weitere QZV geben wird, besprechen wir in den Fachausschüssen und mit den Berufsverbänden.“

Der stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Wolfgang Wesiack, wertete die neuen Regelungen als untauglichen Versuch, das Vergütungssystem zu retten. „Jetzt haben wir wieder ausschließlich festgezurrt Budgets“, so Wesiack. „die einem unbegrenzten Leistungsversprechen gegenüber stehen. Die Differenz zahlen wir.“

Kompromiss zur neuen Onkologievereinbarung

Im Bericht aus seinem Geschäftsbereich beschrieb der KV-Vize Walter Plassmann den Kompromiss zur neuen Onkologievereinbarung in Hamburg. „Das waren haarige Verhandlungen“, so Plassmann. „Ich möchte mich ausdrücklich bei den beteiligten Ärzten bedanken, die über ihren Schatten gesprungen sind und mit uns den Kompromiss erarbeitet haben.“ Ab 1. Juli werde es eine „große

Onkologie“ (alle onkologischen Leistungen inklusive der intravasalen Chemotherapie) und eine „kleine Onkologie“ (sonstige onkologische Leistungen) geben. Für die beiden Teile der Vereinbarung gälten unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen und eine unterschiedliche Honorierung.

Streit mit den Krankenkassen gebe es weiterhin um die Rückzahlung der im Rahmen der Anschubfinanzierung der Verträge zur integrierten Versorgung einbehaltenen Gelder. „Bei vielen Verträgen gibt es erhebliche Zweifel, ob das Geld zu Recht einbehalten wurde“, sagte Plassmann. Eine kassenübergreifende Lösung sei gescheitert. Nun müsse die KV mit jeder Kasse einzeln über einen Vergleich diskutieren – oder bis vor Gericht ziehen. „Verklagt haben wir sie alle“, so Plassmann.

Verhaltenskodex soll Interessenskonflikte regeln

„Sollen Hausarztvertreter aus den KV-Gremien gedrängt werden?“, hatte das Mitgliederblatt des Hamburger Hausärzteverbandes im Vorfeld der Vertreterversammlung gefragt. „Es geht nicht darum, jemanden in die Ecke zu stellen“, antwortete Späth in der Diskussion um den so genannten Verhaltenskodex, der in die KV-Satzung aufgenommen werden soll. „Es geht um einen moralischen Appell, sich aus den KV-Gremien zurückzuziehen, wenn man feststellt: Hier bin ich im Vertragsgeschehen direkter Konkurrent der KV.“ Denkbar sei ein solcher Interessenskonflikt beispielsweise, wenn in KV-Gremien über eigene Strategien der KV zur hausarztzentrierten Versorgung beratschlagt werde – und ein Funktionär des Hausärzteverbandes mit am Tisch sitze, der diese Informationen für eigene Vertragsverhandlungen gegen die KV nutzen könne. Dass dies ein Problem ist, wurde schon in früheren Sitzungen der Vertreterversammlung grundsätzlich von allen

Beteiligten anerkannt. Nun ging Späth auf die Repräsentanten des Hausärzteverbandes zu: „Das Ringen um eine Lösung, mit der alle leben können, ist uns allen wichtiger als der Wortlaut des Textes“, so Späth. „Wenn wir keinen tragfähigen Kompromiss finden, dem alle zustimmen können, hilft die schönste Kodexregelung nichts.“

Die Repräsentanten des Hausärzteverbandes wiesen darauf hin, dass der vorliegende Kodexentwurf keineswegs auf Freiwilligkeit baue und forderten gleichzeitig, den Kodex weiter zu fassen. „Bei mir weiß jeder, dass ich im Berufsverband bin“, sagte Dr. Frank Stüven. „Das liegt offen auf dem Tisch. Doch wir sollten auch jene Interessenskonflikte in den Kodex aufnehmen, die nicht so offensichtlich sind – beispielsweise ökonomische Verbindungen oder Beratungstätigkeiten und Lobbyarbeit.“ Um eine einvernehmliche Lösung zu finden, wurde das Thema nochmals an den Sitzungsausschuss und die berufspolitischen Akteure verwiesen.

Auch bei einem anderen brisanten Thema wurde die Entscheidung vertagt: Dass die beratenden Fachausschüsse nicht nur von den Vertretern der betreffenden Fachgruppen, sondern von allen Mitgliedern der Vertreterversammlung gewählt werden, hatte vor allem beim Hausärzteverband immer wieder zu Unmut geführt. „Wir wollen nicht von anderen Arztgruppen dominiert werden“, so Stüven.

Auf der anderen Seite müssen die Mitglieder der Fachausschüsse laut Gesetz von der gesamten VV gewählt werden – was bislang in Hamburg auch immer der Fall war. Beide Positionen sollen nunmehr nochmals im Sitzungsausschuss diskutiert werden. In diesem Zusammenhang wies der Vorsitzende, Dr. Späth, auf die aktuelle Sitzverteilung in der Vertreterversammlung hin: 15 Hausärzte, 12 Fachärzte und 3 Psychotherapeuten.

Reform des Bereitschaftsdienstes

Ein Projekt, das sich unmittelbar auf den Arbeitsalltag der Ärzte auswirkt, stellte KV-Bereichsleiterin Angelika Magas vor: die Reform des Bereitschaftsdienstes in den Kreisen. Am bisherigen Modell sei immer wieder der hohe bürokratische Aufwand kritisiert worden, den der Kreisobmann bei der Aufstellung des Dienstplanes betreiben müsse. Künftig soll die Organisation der Bereitschaftsdienste vom Notfalldienstbüro der KV übernommen werden. Die Teilnahme soll für die Ärzte freiwillig werden. Dafür sollen sie eine pauschale Vergütung erhalten, die unabhängig vom Dienstgeschehen gezahlt würde. Die Abrechnung erbrachter Leistungen erfolgte weiterhin nach EBM. Die Stadtgebiete, die ein Arzt während des Bereitschaftsdienstes abdecken müsste, würden künftig neu strukturiert. Sie orientierten sich im Zuschnitt an den Planungsbezirken des fahrenden Notfalldienstes.

Noch im April soll die Reform im Notdienst-Ausschuss und im beratenden Fachausschuss Hausärzte diskutiert und ausgearbeitet werden. Die Vertreterversammlung stimmte diesem Plan ohne Gegenstimmen zu. Wenn die Ergebnisse im Juni von der Vertreterversammlung endgültig gebilligt werden, könnten die neuen Regelungen bereits Anfang Oktober umgesetzt werden.

Einführung der neuen KV-Online-Dienste

Auch die Einführung der neuen KV-Online-Dienste soll nicht mehr lange auf sich warten lassen. Bereichsleiterin Petra Schulte erläuterte die verschiedenen Möglichkeiten, sich online an die KV anbinden zu lassen, um Abrechnungen, Dokumentationen oder Dokumente auf sicherem Wege elektronisch verschicken zu können. „Ab Anfang 2011 wird die Online-Abrechnung ohnehin verpflichtend“, erläuterte KV-Vizechef Walter Plassmann. „Das geht auf ein Gesetz der vorherigen Bundesregierung zurück, das wir umsetzen müssen – ob wir wollen oder nicht.“

„Ich habe vier mal im Jahr Kontakt zur KV, wenn ich meine Abrechnung abgebe“, schimpfte Dr. Klaus Stelter. „Dafür brauche ich keine Online-Anbindung. Da will doch wieder jemand mitverdienen.“

Auf Antrag Stelters verabschiedete die Vertreterversammlung eine Resolution, in der gefordert wird, dass den Kassen keine neue Möglichkeit der Überwachung von Patienten und Ärzten eröffnet werden dürfe (s. Kasten). Und: Die Online-Anbindung dürfe keine Vorentscheidung für die Einführung der E-Card sein.

Online-Anbindungspflicht

Beschluss der Vertreterversammlung vom 8. April 2010 im Wortlaut

Im Jahr 2011 soll die Online-Anbindung für alle Vertragspraxen vorgeschrieben werden. Die Vertreterversammlung fordert den KV Vorstand auf, folgende Mindeststandards einzuhalten.

- Der Datenschutz muss allerhöchste Priorität haben. Bei allen technischen Varianten muss gesichert sein, dass keine Patienten-bezogenen oder Arzt-bezogenen Daten außerhalb der KVzentral gespeichert werden können.
- Keinesfalls dürfen mit der Online-Anbindung den Kassen neue Möglichkeiten der Überwachung von Patienten und Ärzten gegeben werden.

- Keine Kassenarztpraxis darf gezwungen werden, kostenpflichtige Dienste von IT-Anbietern in Anspruch nehmen zu müssen, nur um weiter mit der KVH abrechnen zu können. Es muss dann eine kostenfreie Möglichkeit per Internet/Verschlüsselung möglich sein.
- Die Online-Anbindung darf nicht zu einer erneuten Ausweitung administrativer Arbeiten in den Arztpraxen führen. Die bisherige Menge an Bürokratie hat das erträgliche Maß bereits überschritten.
- Die Anbindung darf nicht als Vorentscheidung für die teure und für die Versorgung überflüssige Einführung der E-Card benutzt werden.