

Interview mit Richter - Reichhelm:

PKV-Basistarif nicht das Aus für Praxen

– kein Zurück bei EBM und RLV -

(aus www.Facharzt.de)

"Wir brauchen eine PKV, manche Praxis lebt nur von der Quersubventionierung", weiß KBV-Chef Dr. Manfred Richter-Reichhelm aus eigener Erfahrung: "Meine urologische Praxis wäre allein aus der GKV nicht überlebensfähig gewesen", sagt er exklusiv im Facharzt.de-Web-TV-Interview: "Ich habe nur deshalb die Praxis halten können, weil ich Privatpatienten dazu hatte."

Der angekündigte Basistarif sei aber nicht das Aus für die Praxen: "Zweifach GOÄ ist immer noch besser als einfach EBM", stellt er fest. Viel wichtiger sei die Frage, ob die PKV überlebensfähig bleibe, wenn es zu einer Bürgerversicherung oder einem Kopfpauschalen-System komme: "Wenn die PKV zu einer reinen Zusatzversicherung degradiert wird, wird sie ihre Aufgaben nicht mehr erfüllen können", warnt der KBV-Chef. Anfang des nächsten Monats werde es dazu eine Klausursitzung der KBV geben.

EBM und RLV seien beschlossen und festgelegt: "Hier gibt es kein zurück, das ist beschlossen", sagt Richter-Reichhelm. Die Ausführungsmöglichkeiten vor Ort seien natürlich aber durchaus variabel, "das ist die Aufgabe vor Ort, die geeigneten Konzepte zu entwickeln." Den neuen EBM sieht der KBV-Chef als zweifaches Instrument. Zum einen solle er Ungerechtigkeiten der Vergangenheit egalalisieren, zum anderen berechtigte Forderungen auf Zuwachs ab 2007 realisieren, nachdem die Kassen die betriebswirtschaftlichen Grundlagen anerkannt hätten.

Im Facharzt.de Web-TV-Interview nimmt der KBV-Chef außerdem unter anderem Stellung zum Zuschlag für Gemeinschaftspraxen, zu Zahlungsrückständen von Krankenkassen, Kostenerstattung, Praxisgebühr, Arbeitsplatzabbau in Arztpraxen und der Zukunft der KBV. Facharzt.de-Unterstützer können sich das Interview mit dem nachfolgenden Link ansehen.

Dazu bereits Kommentare im Leserforum:

"Zweifach GOÄ ist immer noch besser als einfach EBM" Stimmt!

Richter-Reichhelm fiktiv morgen:

1,8 fach GOÄ ist immer noch besser, als 0.8 EBM

Richter-Reichhelm fiktiv übermorgen:

1,4 fach GOÄ ist immer noch besser, als 0.4 EBM

Richter-Reichhelm fiktiv nächste Woche:

1,0 fach GOÄ ist immer noch besser, als NICHTS im EBM

Herr Richter-Reichhelm, Sie haben es wirklich verstanden.

Matthias Schreiber

Der ökonomische Offenbarungseid des KBV-Vorsitzenden

Ein knappe, aber alles andere als kurze, Analyse der ökonomisch relevanten Punkte des Interviews.

"Wir brauchen eine PKV, manche Praxis lebt nur von der Quersubventionierung", weiß KBV-Chef Dr. Manfred Richter-Reichhelm aus eigener Erfahrung: "Meine urologische Praxis wäre allein aus der GKV nicht überlebensfähig gewesen", sagt er exklusiv im Facharzt.de-Web-TV-Interview: "Ich habe nur deshalb die Praxis halten können, weil ich Privatpatienten dazu hatte."

Von einem KBV-Vorsitzenden erwarte ich nach dem Statement zur Notwendigkeit der Quersubventionierung klare und eindeutige Maßnahmen. Was beobachte ich stattdessen?

nichts

- *"Zweifach GOÄ ist immer noch besser als einfach EBM", stellt er fest.*

Es ist schon ein Fiasko, dass der KBV-Chef für ein völlig unzureichendes Honorar in der GKV verantwortlich zeichnet. Dieses unzureichende Honorar ist ihm zudem selbst auch überaus geläufig (s. o.). Wenn sich jemand, der im eigenen Bereich einen wirtschaftlichen Totalschaden zu verantworten hat, jetzt mit dem ihm eigenen ökonomischen Fähigkeiten an einen anderen Bereich macht, um sich erneut zu Fragen der Ökonomie zu äußern, dann ist allerhöchste Aufmerksamkeit geboten. Sollte es unter Ärzten irgendjemanden geben, der den ökonomischen Selbstmord stoppen kann - jetzt wäre der richtige Zeitpunkt für ein Coming out.

Viel wichtiger sei die Frage, ob die PKV überlebensfähig bleibe, wenn es zu einer Bürgerversicherung oder einem Kopfpauschalen-System komme: "Wenn die PKV zu einer reinen Zusatzversicherung degradiert wird, wird sie ihre Aufgaben nicht mehr erfüllen können", warnt der KBV-Chef. Anfang des nächsten Monats werde es dazu eine Klausursitzung der KBV geben.

Gibt es irgendeinen rationalen Grund, dass sich die KBV mit der PKV intensiver beschäftigt? Nach meiner Einschätzung besitzen die entscheidenden Leute bei der KBV noch nicht einmal annähernd das ökonomisch notwendige Format, um solche Fragen qualifiziert zu diskutieren. Abgesehen davon, dass sich die KBV-Vorstandsmitglieder als Privatleute sicherlich gerne beim Bier darüber unterhalten können. Aber eine Klausursitzung der KBV???

Die KBV hatte sich wohl bereits 2001 zu Finanzierungsfragen der GKV geäußert, und u. a. eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage vorgeschlagen. Dies ist definitiv nicht die Aufgabe der KBV, hier handelt es sich um eine Frage der großen Politik. Die KBV ist eindeutig besser beraten, wenn sie sich um ihre eigenen Hausaufgaben kümmert - da ist noch jede Menge an unerledigter Arbeit bzw. an Arbeit, die noch einmal neu (und dann besser) gemacht werden muss. Die Finanzierungsfrage ist möglicherweise für die Kassen von Interesse, für die Ärzte ist ausschließlich die Höhe des Honorars interessant. Aber letzteres scheint die KBV ja nicht sonderlich zu beunruhigen, soweit es die Honorierung für kassenärztliche Leistungen angeht.

Verteilungsgerechtigkeiten egalisieren

Das war ein Ziel des neuen EBM, dazu wurde sogar eine "betriebswirtschaftliche Kalkulation" unternommen. Man kann es dem KBV-Vorsitzenden nicht vorwerfen, dass er nicht erkannt hat, dass mit diesem EBM und den zugehörigen RLV im wesentlichen keine Verteilungsgerechtigkeiten egalisiert wurden - zumindest nicht nach ökonomischen Kriterien. Der KBV-Vorsitzende weiß vermutlich nicht einmal, nach welchen Kriterien die Fachleute, und als solche würde ich Volkswirte in Fragen von Verteilungsgerechtigkeit ansehen, solch eine Aufgabe angehen. Immerhin sagt die KBV selbst, dass sie keine Ahnung hat, was rauskommen

wird. Soviel Realitätssinn ist noch vorhanden.

Mit dem neuen EBM haben die Kassen berechnete Forderungen der KBV anerkannt, das verbucht die KBV als Gewinn. Wäre ich eine Krankenkasse, so hätte ich drei Jahre Zeitgewinn, denn frühestens ab 2007 wird das Thema wieder auf die Tagesordnung kommen, als großen Gewinn verbucht. Als Krankenkasse würde ich den neuen EBM plus RLV wie folgt charakterisieren:

- Die Ausgaben für die ambulante Versorgung sind für drei Jahre eingefroren worden.
- Die Ärzte waren nicht einmal in der Lage, auch nur einen Inflationsausgleich durchzusetzen
- Der Überschuss der Ärzte fällt, sowohl nominal als auch real.
- Es werden immer mehr Ärzte in den Konkurs getrieben, dank aktiver Unterstützung der KBV
- Hochwertige Einzelpraxen werden durch Honorareinbußen auf das Leistungsniveau von Polikliniken (MVZ) gezwungen bzw. gehen in Konkurs.
- Die ambulante Versorgung wird insgesamt kostengünstiger eingekauft werden - auch wenn bei der Qualität der Versorgung deutliche Abstriche hingenommen werden müssen.
- Als Kassen haben wir sogar noch ein Mitspracherecht bei der Honorarverteilung der Ärzte. Damit können wir der einen oder anderen unliebsamen Gruppierung den letzten Stoß versetzen, damit die doch noch in den Konkurs gehen.

Zuschlag für Gemeinschaftspraxen u. a.

Für die Bevorzugung von Gemeinschaftspraxen führt der KBV-Vorsitzende zwei Argumentationsstränge an. Zum Einen hatte man das Ziel, Anreize für größere Zusammenschlüsse zu setzen. Ich kenne niemanden, der einfach Anreize setzt, um Entscheidungen des Marktes zu übersteuern - ohne ein klares Ziel zu haben. Denn ein größerer Zusammenschluss ist ein größerer Zusammenschluss, sonst nichts. Größere Einheiten liefern nicht automatisch eine bessere Leistung, und gemäß der subventionierenden Eingriffe der KBV sind sie sogar noch teurer als Einzelpraxen. Mit Verlaub, ich habe selten ein so unsinniges Argument gehört.

Die zweite Argumentationsschiene scheint schon eher zu greifen. Es geht letztendlich wohl darum, dass man vor dem Abrechnungsverhalten von Praxismgemeinschaften kapituliert. Mit den finanziellen Anreizen sollen Praxismgemeinschaften in Gemeinschaftspraxen umgewandelt werden, damit so die Fallzahl wieder in plausible Dimensionen kommt. Würde man den Gemeinschaftspraxen diese Zuschläge nicht zugestehen, so würden diese wiederum in Praxismgemeinschaften umfirmieren, um nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu optimieren. In die gleiche Richtung deutet auch die Aussage, dass in einem neuen Bundesmantel eine Regelung aufgenommen werden soll, nach der Praxismgemeinschaften, bei denen 20% oder mehr gleiche Patienten vorhanden sind, automatisch wie Gemeinschaftspraxen abgerechnet werden sollen.

Diese Bevorzugung von Gemeinschaftspraxen ist ökonomisch durch nichts zu begründen. Man will damit nur extensiv abrechnende Praxismgemeinschaften wieder "einfangen". Und die Zeche dafür zahlen die Einzelpraxen. Aus Sicht einer Einzelpraxis bedeutet dies nichts anderes, als dass sie vorsätzlich, bewusst und ohne jede Rechtfertigung finanziell deutlichst benachteiligt werden. Das Kernproblem, die extensiv abrechnenden Praxismgemeinschaften, wird man so nicht ursachenadäquat in Griff bekommen.

Wer auch immer diese Regelung zu verantworten hat, und bei der KBV ist es nicht so einfach dies immer zweifelsfrei festzustellen, sollte einfach seinen Hut nehmen und nie wiederkommen. Mehr als die Hälfte aller Vertragsärzte werden hier vorsätzlich benachteiligt, damit die Gruppe der Praxismgemeinschaftsärzte sich nicht noch stärker bereichert. Also lieber alle

Gemeinschaftspraxen deutlich besser stellen. Dass es sich zufälligerweise fügt, dass ALLE Funktionäre, die ich kenne, von dieser Besserstellungsregelung profitieren, ist eben reiner Zufall - und keine böse Absicht. Es spricht somit aus Sicht der Entscheidungsverantwortlichen nichts dagegen, so zu verfahren. Man muss selbst bei einer solchen Regelung schließlich auch nicht in die Röhre sehen.

Ich bin kein Arzt und erst recht kein Funktionär. Das Begründungsmärchen für die Benachteiligung der Einzelpraxen kann die KBV erzählen wem sie will. Jeder Funktionär, der diese ungerechtfertigte Bevorzugung mit zu verantworten hat, den kann kein einziger sich rational verhaltender Arzt in Einzelpraxis jemals wiederwählen. Der Schaden pro Arzt liegt fast immer im fünfstelligen Eurobereich, das kann niemand durch Ausgleichsmaßnahmen kompensieren.

Maßnahmen zur Beseitigung des Ärztemangels

Die KV Brandenburg hat zwei Alternativen auf Lager, die der KBV-Vorsitzende als gute Lösung ansieht. Ich will mich derzeit noch nicht festlegen, welche der beiden die schlechtere ist. Aber gut ist keine der beiden Lösungen.

Zum Vorschlag mit der Umsatzgarantie gab es in diesem Forum bereits die Rückmeldung zu einem Arzt, der sich auf diese "Umsatzgarantie" verlassen hat. Erst hatte der sich verlassen, anschließend war er verlassen.

Der Fall:

<http://www.facharzt.de/arzt/forum/index.html?md=vi&gid=7&aid=67742&st=0>

Mein Kommentar dazu:

<http://www.facharzt.de/arzt/forum/index.html?md=vi&gid=7&aid=66508&st=0>

Die zweite Alternative sieht eine Übernahme einer Praxis durch die KV vor. Dabei würde die KV einen Arzt anstellen.

Jetzt, wo ich drüber nachdenke, würde ich die zweite Lösung vorziehen. Das ist nichts anderes als ein MVZ, wobei der Finanzier die KV ist. Der einzelne Arzt erhält ein Gehalt und nach einer 40-Stunden Woche schließt er die Tür und erfreut sich am Ende des Monats seines Gehalts. Wäre das nicht das Aufbruchssignal für alle Ärzte, denen es wirtschaftlich schlecht geht? Bisher reichte das Geld vorne und hinten nicht, die Banken konnten nicht mehr befriedigt werden und jetzt dieser Ausweg.

Die Schulden kann man mit einem anständigen Gehalt in absehbarer Zeit zurückzahlen, das finanzielle Risiko trägt die KV. Mmmh, aber wer ist dann noch "die KV"? Die eine Hälfte der ambulanten Ärzte arbeitet jetzt bereits im Angestelltenverhältnis und die andere Hälfte muss permanent mehr zahlen, damit die erste Hälfte auch angemessen honoriert werden kann. Da dann das wirtschaftliche Überleben der zweiten Hälfte auch nicht mehr gesichert wäre, würde es sich für diese Ärzte anbieten, sich ebenfalls bei der KV anstellen zu lassen.

Und was passiert, wenn alle Ärzte bei der KV angestellt sind - und das Honorar der Kassen nicht mehr ausreicht, um die Angestelltegehälter zu zahlen? [An der Stelle hätte ich auch fragen können, was passiert, wenn alle Ärzte beim MVZ angestellt sind.]

Tja, dann kollabiert das System.

Wirklich eine gute Idee, die die in Brandenburg so entwickelt haben.

Franz-Josef Müller, Volkswirt