

Bericht zur Lage des 2. Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), Dr. Gerhard Nordmann, anlässlich der Vertreterversammlung am 20. Februar 2015 in Dortmund

- es gilt das gesprochene Wort -

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich darf Ihnen hier und heute berichten, dass wir die Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen für das Jahr 2015 abgeschlossen haben.

2015 ist das dritte Jahr, für das wir als regionale KV wieder eigene Verhandlungen zur Umsetzung der Bundesempfehlungen sowie für eigene Honorarkomponenten führen durften. Der Eine oder Andere mag sich jetzt vielleicht wundern, dass die Verhandlungen in diesem Frühjahr relativ schnell abgeschlossen wurden, vor allem aber sehr geräuschlos über die Bühne gingen.

Ich erinnere mich noch gut, dass dem Kollegen Gassen im vergangenen Herbst vorgeworfen wurde, er habe wohl nicht genug gekämpft, nur weil die KBV seinerzeit auch einen schnellen Abschluss ohne öffentliche Drohungen und lautem Säbelgeklapper hinbekommen hatte.

Nun, einige von Ihnen kennen ja die Vorsitzenden der westfälischen Krankenkassen. Ich kann nur bestätigen, dass die Herren keine einfachen und erst recht keine freigiebigen Verhandlungspartner sind. Ich bin das übrigens auch nicht.

Aber – so möchte ich betonen – wir arbeiten sachbezogen und zielorientiert zusammen. „Hart, aber fair“ könnte man sagen. Und vor diesem Hintergrund brauchten wir dieses Mal nicht zahlreiche große Diskussionsrunden zu unseren unterschiedlichen Standpunkten. Wir haben uns schnell geeinigt, weil wir uns einigen wollten. Und wir haben ein Ergebnis gefunden, dass eben für beide Seiten tragbar ist. Für diese sachliche Partnerschaft, die gegensätzliche Standpunkte und Perspektiven akzeptiert und

nicht dramatisiert, möchte ich mich bei allen beteiligten Vorsitzenden und Geschäftsführern der Krankenkassen bedanken.

Das Verhandlungsergebnis für 2015 kann sich – meiner Meinung nach – aus unserer Perspektive durchaus sehen lassen. Aber urteilen Sie selber:

Die Empfehlungen der Bundesebene werden für Westfalen-Lippe nicht in Frage gestellt, sondern übernommen.

- Die Steigerung des Orientierungspunktwerts schlägt mit 40,8 Mio. Euro zu Buche.
- Die Förderungen der Grundversorgung macht ein Volumen von 25,9 Mio. Euro aus – je hälftig für die extrabudgetäre Aufstockung der PFG sowie die extrabudgetäre Finanzierung der nichtärztlichen Praxisassistentin.

Von uns verhandelt wurde die Veränderungsrate der Morbidität.

- Hierfür werden im laufenden Jahr 12,6 Mio. Euro zur Verfügung gestellt.

Zählen wir diese Summen, zusammen so erhalten wir für das laufende Jahr eine Steigerung von 79,3 Mio. Euro.

Wie in den Jahren zuvor haben wir aber noch zusätzliche, nicht sockelwirksame Mittel verhandeln können.

So läuft für 2015 im dritten Jahr unsere Erfolgsbeteiligung für die rationelle und wirtschaftliche Verschreibung von Arzneimittel in Höhe von 28,4 Mio. Euro. Für Versorgungsverbesserungen erhalten wir einmalig 5 Mio. Euro. Zusammen machen diese Effekte 33,4 Mio. Euro aus.

Wenn Sie jetzt den berühmten dicken Strich unter die Rechnung setzen, kommt für 2015 ein Honorarzuwachs von insgesamt 112,7 Mio. Euro heraus. Ich meine: Ein gutes Ergebnis. Es baut auf dem Erreichten der Vorjahre auf. Und auch im nationalen Vergleich mit anderen Regionen stehen wir sehr gut da.

Sehen wir uns die westfälischen Honorarabschlüsse der letzten drei Jahre in der Reihe an, so haben wir

- 2013 einen Honorarzuwachs von 135,7 Mio. Euro erreicht,
- 2014 war das Verhandlungsergebnis 108 Mio. Euro und
- 2015 schließlich 112,7 Mio. Euro.

Das waren drei gute Ergebnisse – und es waren für die Kolleginnen und Kollegen insbesondere in den grundversorgenden Fachgruppen drei wichtige Ergebnisse.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie bei erreichten Tarifsteigerungen in der Industrie üblich, könnte ich Ihnen jetzt eine möglichst hohe Prozentsteigerung aus dem Hut zaubern. Andere KVen machen dies und schrecken dabei auch vor Taschenspielertricks nicht zurück. Hauptsache, das Ergebnis glänzt und mit ihm der Vorstand.

Genau davon möchte ich Abstand nehmen. Sie können alle rechnen und ich will Ihnen nichts vormachen. Einfach alles zu addieren und dann zu sagen: Das sind jetzt 4,9 Prozent mehr als die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung im vergangenen Jahr – das funktioniert mathematisch nicht. Dafür sind die Anteile von MGV und EGV, von sockelwirksamen Zuwächsen und einmaligen Zahlungen an den 112 Millionen zu unterschiedlich verteilt.

Vergessen Sie deshalb die 4,9 Prozent. Ich möchte es redlich. Setzen wir die 112 Millionen, mit denen wir 2015 in unterschiedlichen Töpfen und Bereichen zusätzlich rechnen können, in Beziehung zur abgerechneten Gesamtvergütung des Jahres 2014 – also aller über die KVWL abgerechneten Honorare – dann ergibt sich ein in jeder Hinsicht sauberes Plus von 3,4 Prozent.

Verlassen wir die Zahlen und kommen noch einmal kurz auf die Inhalte der Verhandlungen zurück. Ich möchte nicht unerwähnt lassen, dass wir erneut versucht haben, die budgetierten Gesprächsleistungen in der Psychotherapie in den extrabudgetären Bereich zu holen. Damit hätten das Problem der steigenden Leistungsanforderung

und der damit einhergehende Verfall der Vergütung aufgefangen werden können. Mit diesem Ansinnen sind wir bei den Kassen allerdings auf eine Mauer gestoßen, die wir weder in zahlreichen Vorgesprächen noch in den eigentlichen Verhandlungen sturmreif schießen konnten. Wir haben also für 2015 nichts erreichen können, bleiben aber dran.

Ebenfalls auf Beton gestoßen sind wir mit unserer Forderung nach einer Beteiligung der Kassen an den Strukturkosten des Notfalldienstes. Aber auch in diesem Bereich ist meiner Meinung nach noch nicht das letzte Wort gesprochen. In anderen KV-Regionen entziehen sich die Krankenkassen einer solchen Verpflichtung nämlich nicht. Das bleibt auch unser Ziel!

Und was ebenfalls noch eine Bemerkung wert ist: Die drohende Ergänzung des § 87 im SGB V mit einer möglichen Anhebung der Vergütung auf die tatsächlich behandelte Morbidität hat die Honorarverhandlungen deutlich belastet. Mit anderen Worten: Die Krankenkassen in Westfalen-Lippe haben Angst vor unserem Anspruch auf Konvergenz, weil sie nun real fürchten, unsere MGV aufstocken zu müssen.

Wir kommen also mehr und mehr in eine paradoxe Situation: Je näher wir unserem grundsätzlichen Recht auf eine angemessene Vergütung kommen, desto größer werden offensichtlich die Hemmnisse in den Verhandlungen um die uns ebenso zustehende Weiterentwicklung der Vergütung.

Aus dieser Situation kommen wir nur heraus, wenn der Gesetzgeber endlich im VSG eine klare Regelung zum Verhältnis von Morbidität und Vergütung schafft.

EBM-Änderung Notfalldienst

So weit zum Honorarabschluss für das Jahr 2015. Mein zweites Thema im heutigen Bericht zur Lage ist nicht ganz so erfreulich und hat seit Jahresbeginn für einige Unruhe gesorgt. Sie wissen, was ich meine: Mit Beschluss vom 17. Dezember 2014 hat der Bewertungsausschuss die Abrechnungssystematik im Notfalldienst auf der Ebe-

ne des EBM geändert. Alle KVen sind damit gezwungen, die Pauschalen im Notfalldienst ab dem 1. Quartal 2015 anders zu vergüten.

Viele von Ihnen wissen, was dahinter steckt und warum dieser Beschluss kommen musste. Lassen Sie mich aber dennoch die Hintergründe, die Zielsetzung und nicht zuletzt die Auswirkungen dieser Änderungen auf uns erläutern.

Zunächst einmal: Was ist genau beschlossen?

Die abrechenbaren Notfallpauschalen werden nun nach Uhrzeiten differenziert und unterschiedlich bewertet. Bisher wurden pro Fall 25,93 Euro gezahlt. Künftig wird es für Notfallbehandlungen ab 19.00 Uhr, an Wochenenden und an Feiertagen nur noch 20 Euro geben. Noch weiter abgesenkt wird die Pauschale dann für Notfalleistungen, die nach EBM-Definition parallel zu regulären Praxissprechstunden erbracht werden, also an allen Wochentagen vor 19.00 Uhr. Dafür sieht die Gebührenordnung nun nur noch 13 Euro vor.

Dieser deutlichen Abwertung steht eine ebenso deutliche Aufwertung des Besuches im Notfalldienst gegenüber: Statt wie bislang mit 47,51 Euro bringt der Besuch künftig 79,91 Euro. Zusammen mit den Zusatzziffern werden die Kolleginnen und Kollegen bei Hausbesuchen im Notfalldienst rund 100 Euro abrechnen können, während ein Patient in der Notfalldienstpraxis je nach Uhrzeit nur rund ein Zehntel oder ein Fünftel dieser Summe einbringen wird.

Unter dem Strich verursacht der Beschluss des Bewertungsausschusses eine deutliche Umverteilung der Mittel im Notfalldienst.

Der Beschluss gilt übrigens rückwirkend zum 1. Januar 2008. Wir werden aber für unsere Mitglieder und alle von ihnen im Notfalldienst erbrachten Leistungen keine Rückberechnungen durchführen und ihre Honorarbescheide korrigieren. Aber ab dem 1. Januar 2015 sind wir – wie immer bei Änderungen des EBM – an die neue Regelung gebunden.

Viele Kolleginnen und Kollegen – insbesondere aber jene, die zum Sitzdienst in unseren Notfalldienstpraxen eingeteilt sind oder deren Fachgruppe einen eigenständigen fachärztlichen Notfalldienst aufrecht hält – fragen sich natürlich, was das soll und warum wir ihre Arbeit so abwerten.

Der Grund ist – das wissen Sie –, dass die Krankenhäuser nach jahrelangem Rechtsstreit vor dem Bundessozialgericht erstritten haben, ihre Leistungen im Notfalldienst in gleicher Höhe vergütet zu bekommen wie die Ärzte im ambulanten Bereich. Dieses Urteil hätte zur Folge gehabt, dass auch die Kliniken von den regionalen KVen die Notfallpauschale in Höhe der bisherigen knapp 26 Euro hätten bekommen müssen. Ihr Anspruch hätte sich damit nahezu verdoppelt, denn bislang erhielten die Klinikambulanzen je Fall 13,50 Euro.

26 Euro je Fall auch für die Kliniken: Damit wären unsere Kosten für den Notfalldienst explodiert! Ohne die jetzt erfolgte EBM-Änderungen hätten wir in Westfalen-Lippe etwa 3,5 Millionen Euro im Quartal mehr aufwenden müssen. Dies hätte sich im Vorwegabzug deutlich bemerkbar gemacht.

Kurz gesagt: Die neue EBM-Regelung reagiert in unserem Sinne auf das Urteil. Dabei stehen drei Dinge im Fokus:

- die erstrittene Gleichstellung der Krankenhäuser wird hergestellt
- gleichzeitig werden die Gesamtausgaben für den Notfalldienst nicht übermäßig steigen
- und nicht zuletzt wird die für den ambulanten Sektor vorgesehene Vergütung auch weitgehend in unserem Bereich gehalten

Das ist gelungen. So problematisch die EBM-Änderung aus unserer Sicht auch ist – aus der Perspektive der KBV und auf der Meta-Ebene ist eine gute Lösung gelungen:

- Die Kliniken werden gleich behandelt. Auch sie erhalten künftig vor 19.00 Uhr die Pauschale von 13 Euro und nach 19.00 Uhr von 20 Euro. Sie werden sich damit etwas besser stehen.
- Die Gesamtkosten steigen nach dieser Regelung nicht.

- Die eingesparten Mittel werden zur Aufstockung bei den Besuchen verwandt.

Wir in Westfalen-Lippe haben nun ein Problem. Unsere Notfalldienststruktur sieht die Differenzierung in Sitz- und Fahrdienst vor. Zudem haben wir drei fachärztliche Notfalldienste, die ausschließlich praxisgebunden behandeln. Und unsere Notfalldienstzeiten beginnen früher, nämlich schon um 18.00 Uhr bzw. mittwochs und freitags schon um 13.00 Uhr. Die eingeteilten Kolleginnen und Kollegen müssen deshalb – je nach Uhrzeit – Honorarminderungen von rund 50 oder von mindestens 20 Prozent hinnehmen.

Das dies keine Freude bei den Betroffenen auslöst, dafür habe ich volles Verständnis.

Aber ich möchte auch klar und deutlich sagen, dass der Notfalldienst nun einmal eine Verpflichtung unseres Berufes ist und nicht ausschließlich dafür gedacht ist, zusätzliche Umsätze zu realisieren.

Unsere Notfalldienstreform mit der Einrichtung von zentralen Notfalldienstpraxen hat nicht zuletzt dazu geführt, dass der ambulante Bereich wieder Boden gut macht. Vor 2010 haben die westfälischen Krankenhäuser bis zu 60 Prozent der ambulanten Notfälle eines Jahres behandelt und abgerechnet. Erst 2013 haben wir die Wende geschafft und wieder mehr als 50 Prozent der Patienten im ambulanten Bereich versorgt. Genau darauf haben wir abgezielt, als wir mit unseren Kooperationsverträgen den Kliniken unsere Notfallpraxen auch als Entlastung angeboten haben. Das System greift also.

Lassen Sie mich die Situation noch einmal zusammenfassen: Die EBM-Änderung war notwendig, weil sonst sehr viel Geld an die Kliniken abgeflossen wäre. Und unsere Gesamtvergütung ist nicht dazu da, den stationären Sektor zu finanzieren.

Die andere Seite der Medaille ist jedoch die schlechtere Vergütung für die Kolleginnen und Kollegen in den Notfalldienstpraxen, insbesondere vor 19 Uhr. Die Frage

stellt sich natürlich, ob wir hier als KVWL regelnd eingreifen sollten. Diese Frage haben wir bereits gemeinsam mit

- den Beratenden Fachausschüssen für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung,
- dem Honorarverteilungs-Ausschuss,
- und ebenso mit dem Hauptausschuss

diskutiert.

Ich will Ihnen hier die Handlungsoptionen kurz skizzieren, damit Sie sich auch in diesem Kreis eine Meinung bilden können:

Aus Sicht der negativ betroffenen Kolleginnen und Kollegen wäre es natürlich am besten, wir würden als KVWL die neue EBM-Bewertung auf das bisherige Niveau von knapp 26 Euro je Fall anpassen.

Vorteil wäre: Der Sitzdienst wäre einträglich wie bisher.

Nachteil jedoch: Die KVWL müsste Mehrkosten im Notfalldienst von 3,7 Mio. Euro im Quartal für den Notfalldienst aufwenden, die als Vorwegabzug auf der MGV zu finanzieren wären. Und bei der derzeitigen Verteilung der Fälle gingen davon 2 Mio. an die Kliniken.

Möglichkeit 2 könnte eine moderate Anpassung der EBM-Bewertung an die Zeiten unserer Notdienstordnung sein. Mit anderen Worten: Wir könnten schon vor 19 Uhr eine Notdienstpauschale von 20 Euro zahlen. So wie es für die Zeiten nach 19 Uhr auch im EBM vorgesehen ist.

Vorteil wäre: Der Notfall würde zu allen Dienstzeiten gleich honoriert. Die niedrigere EBM-Bewertung würde abgedeckt. Und eine solche Lösung wäre mit rund 700.000 Euro im Quartal mit relativ geringen Kosten zu finanzieren.

Der Nachteil auch hier: Ein guter Teil der eingesetzten Mittel fließt an die Krankenhausambulanzen, die wir ja nicht schlechter stellen dürfen.

Variante 3 ist die konsequente Anwendung der EBM-Vorgaben ohne jede regionale Anpassung. Dies würde unseren Honorartopf am wenigsten belasten.

Der Nachteil ist jedoch, dass die Kollegen im Sitzdienst vor 19 Uhr mit der Halbierung der bisherigen Notfallpauschale leben müssten.

Ob wir handeln und wie wir handeln, darüber müssen wir diskutieren.

Ohne Ihrer Diskussion und Meinungsbildung vorgreifen zu wollen, möchte ich aber eines erwähnen: Entscheiden Sie sich für die Variante, keine Anpassungen vorzunehmen, sondern allein die Vorgaben des EBM umzusetzen, werden wir von Seiten des Vorstands über ein Modell zur Stützung von Notfalldienstpraxen mit geringer Frequentierung und damit geringem Umsatz nachdenken. Es geht dabei um Praxen, die wir aus strukturellen und politischen Gründen auch bei geringen Patientenzahlen nicht einfach schließen können.

Ein solches Modell werden wir Ihnen dann in einer der nächsten Vertreterversammlungen zur Abstimmung vorlegen.

DKG zum Notfalldienst

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich kann nicht über das Thema Notfalldienst sprechen, ohne dass mir die offensichtlich in dieser Woche gestartete Kampagne der Deutschen Krankenhausgesellschaft über die so tollen, aber leider so traurig unterfinanzierten Klinik-Ambulanzen hoch kommt.

Sehen Sie sich bitte einmal diese aktuelle Anzeige des Evangelischen Krankenhauses Witten in einer Lokalzeitung an. Ebenso skrupellos wie rechtswidrig wirbt hier eine stationäre Einrichtung um Notfallpatienten aus dem ambulanten Bereich. Unse-

re regionale Notfallpraxis und auch die Praxis des kinderärztlichen Notdienstes befinden sich übrigens am Katholischen Krankenhaus in Witten.

Solche dreiste Werbung für die Klinikambulanz ist beileibe kein Einzelfall. Unsere Vergütung soll angezapft werden, um defizitäre Krankenhauskassen zu füllen. Viele Häuser kapern regelrecht an unserem ambulanten Notfalldienst vorbei außerhalb der Sprechzeiten die Patienten. Und das versuchen zum Teil sogar die Kliniken, an denen wir unsere Notfallpraxen betreiben.

Ganz auf die Palme treibt es mich dann, wenn man sich dann auch noch lautstark in der Öffentlichkeit beklagt, für die Patientenklauerei nicht angemessen vergütet zu werden. Für unsere Honorare wollen die Klinikdirektoren ihre Ambulanzen nicht arbeiten lassen. Am Veilchendienstag hat sich der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Georg Baum, in Berlin vor die Hauptstadtpresse gestellt und gejamert, seine Kliniken müssten den – ich zitiere – „Lückenbüßer“ für die defizitären Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen geben. Und für diesen Liebesdienst würden sie von uns dann beim Honorar diskriminiert.

Bitte Herr Baum, dann schicken Sie die Patienten doch dahin, wo sie hin gehören: In die Notfalldienstpraxen der ambulanten Versorgung. Sagen Sie bitte ihren Kollegen in Witten und anderswo, dass sie unsere Patienten nicht dreist abwerben sollen. Und dann sagen Sie ihnen bitte auch gleich, dass wir unsere Vergütung nicht bekommen, um Krankenhaus-Strukturen damit zu finanzieren.

Ich erkenne durchaus die Strategie, die hinter diesem Vorstoß der DKG steckt. Wir haben deutlich zu viele Krankenhäuser und mehr als 40 Prozent von ihnen balancieren am Rande der Insolvenz. Bund und Länder drohen mit einer Neuordnung der Krankenhauslandschaft, die für viele Häuser gerade auch in Westfalen-Lippe das endgültige Aus bedeuten wird. Da greifen die Klinikdirektoren und ihre Funktionäre nach jedem rettenden Strohalm. Einer dieser Halme ist offensichtlich die Notfallversorgung.

Die Taktik geht dann so: Erst mal mit einem Gutachten zeigen, wie wichtig man für die Versorgung ist. Dabei schön über die Insuffizienz der eigentlich zuständigen KVen klagen. Dann ein eigenständiges Mandat zur Verhandlung einer angemessenen Vergütung fordern. Und am Ende die niedergelassenen Kollegen ganz ausboosten. So einfach, so dreist.

Aber in Westfalen-Lippe sprechen die Fakten für uns:

- Unser Notfalldienst ist transparent und gut organisiert.
- Nur unsere Ärztinnen und Ärzte machen Hausbesuche.
- Nur wir bieten bei jeder Behandlung im Notfalldienst den Facharztstandard.
- Und mit unserer Struktur gewinnen wir die Patienten auch zurück. Seit der Notfalldienstreform behandeln wir wieder mehr Patienten in unseren Notfalldienstpraxen.

Wir werden diese Fakten auch der Ministerin und den zuständigen Beamten im Gesundheitsministerium deutlich machen.

So plump, wie Herr Baum und seine Mitstreiter sich das denken, lassen wir uns nicht Kompetenzen, Patienten und Honorar wegnehmen.

Vor einer Einmischung in unserer Kompetenzen möchte ich auch die Kollegen von der Ärztekammer Westfalen-Lippe warnen. In der Kammerversammlung vor vier Wochen hat Präsident Theodor Windhorst behauptet, dass die Kliniken – ich zitiere – „schon jetzt in jedem Jahr millionenfach Leistungen erbringen, die eigentlich in den ambulanten Bereich gehören.“ Das klingt zwar freundlicher als die Worte von DKG-Chef Baum, meint aber wohl das Gleiche.

Lassen Sie es mich einmal mit meinen Worten sagen: Die dichteste stationäre Versorgung eines deutschen Flächenlandes, die völlig überdimensionierte Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen, muss unbedingt ihre Betten voll bekommen und beklagt sich dann öffentlich darüber. Das ist doch wohl paradox!

Und wenn Windhorst dann noch öffentlich fordert, die ambulante und stationäre Planung zusammenzuführen, dann weiß ich, in welche Richtung es gehen soll. Marode Krankenhäuser, die sich nicht mehr am Markt halten können, sollen ihr wirtschaftliches Heil in der ambulanten Versorgung suchen. Uns will man an den Rand drängen. Wir sollen demnächst allenfalls die Rolle als Einweiser oder als Resteverwerter übernehmen.

So weit wird es nicht kommen, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Noch einmal: Wir lassen uns von keinem unsere Kompetenzen wegnehmen. Nicht im Notfalldienst, nicht in der Patientenversorgung – und auch nicht in der Bedarfsplanung.

Eine Krankenhausplanung, die seit Jahrzehnten nicht dem Bedarf angepasst wurde, die gehört allerdings tatsächlich auf den Prüfstand. Auf diese Aufgabe sollten sich unsere Kritiker aus den Krankenhausgesellschaften konzentrieren – da haben sie genug zu tun.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf die Diskussion mit Ihnen.