

Bericht des 1. Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), Dr. med. Wolfgang-Axel Dryden, anlässlich der Vertreterversammlung am 23. Oktober 2015 in Dortmund

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

in den letzten Wochen haben sich einige Entwicklungen ergeben, über die es heute zu berichten gilt. Sie bringen positive wie auch problematische Aspekte mit. Ich möchte Ihnen nicht die Frage stellen, was Sie als Erstes hören möchten, sondern gleich mit dem eher problembehafteten Thema beginnen.

Als der Vorstand sich Anfang dieses Jahres in seiner regelhaften Klausur mit den Gesetzesvorhaben im Jahr 2015 befasste, war schnell klar, dass das Krankenhausstrukturgesetz Sprengstoff bergen kann. Ich habe in den letzten Sitzungen der Vertreterversammlung einen Aspekt in Ihren Fokus gerückt: die unterschiedliche Honorierung und Wirtschaftlichkeitsbetrachtung im ambulanten und stationären Sektor.

Auch mein Kernthema „gleiches Geld für gleiche Leistung“ ist noch nicht abgeschlossen, vielmehr werden wir durch das GKV-VSG gezwungen, zu beweisen, dass die letztlich unbestrittene Mindervergütung in WL unbegründet ist. Nach Koalitionsvertrag wollte die Politik die Gründe prüfen und bewerten. Man hat sich davor gedrückt! Für alle unterdurchschnittlich vergüteten KVen zusammen würde ein Kompensationsbetrag von deutlich unter 500 Millionen Euro erforderlich, um den Bundesdurchschnitt zu erreichen.

Für die Krankenhäuser wird durch das anstehende Gesetz ein Investitionsfonds in Höhe von 500 Millionen Euro eingerichtet. Dieser soll aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden. Diese einseitige Entnahme aus dem Fonds schwächt die Finanzierbarkeit der ambulanten Versorgung.

Woran kann diese unterschiedliche Lösung vergleichbarer Finanzprobleme liegen? Etwa daran, dass ein großer der Kliniken in Trägerschaft der öffentlichen Hand sind? Daran, dass den Gesundheitspolitikern Kommunalpolitiker, Bürgermeister, Landräte, Landtags- und Bundestagsabgeordnete auf den Leib rücken? Wiegt das schwerer, als die Probleme von bundesweit ca. 140.000 Vertragsärzten mit schätzungsweise 300.000 bis 400.000 Mitarbeitern?

Damit lässt es das Gesetz aber nicht genug sein. Offensichtlich beeindruckt durch ein sogenanntes Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung am Krankenhaus und die sich darauf stützenden Aussagen der Deutschen Krankenhausgesellschaft hat die Bund-Länderarbeitsgruppe zu diesem Gesetz gefordert, Krankenhäuser stärker in die ambulante Notfallversorgung einzubinden. An Krankenhäusern sollen Portalpraxen eingerichtet oder die Krankenhäuser selber an der Notfallversorgung beteiligt werden.

Soweit, so gut. Für Portalpraxen braucht es keiner gesetzlichen Initiative. Sie gibt es bereits in Westfalen-Lippe seit mindestens 5 Jahren. Von den 63 Anlaufpraxen unseres organisierten Notfalldienstes befinden sich 58 in oder an Krankenhäusern. Die pädiatrischen Anlaufpraxen befinden sich allesamt an Kliniken. Andere KV-Bereiche richten ebenfalls Portalpraxen für die Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten an Krankenhäusern ein.

Wir haben die Auswahl der Portalpraxen unter Sicherstellungsaspekten betrieben. Sie müssen sich für die zu versorgenden Menschen in zumutbarer Entfernung befinden, sie müssen barrierefrei erreichbar sein, sie sollten zudem nach unseren Vorstellungen an Kliniken angesiedelt sein, die die Weiterbehandlung von Notfallpatienten vollumfänglich übernehmen können, wenn stationäre Behandlungsnotwendigkeit besteht. Die Entscheidung ob eine Portalpraxis eingerichtet wird oder nicht kann nur unter Sicherstellungsaspekten erfolgen. Nicht jedes Krankenhaus kann einen Anspruch auf eine Portalpraxis oder Mitwirkung am organisierten Notfalldienst haben.

Das schon erwähnte Gutachten für die DKG von Management Consult Kestermann stellt nicht nur die Kompetenz der Notfallversorgung durch niedergelassene Ärzte in Frage, sondern fordert eine kostendeckende Vergütung. Während ich die Aussage

zur Kompetenz als anmaßend und falsch empfinde, stimme ich der Forderung nach einer kostendeckenden Vergütung inhaltlich zu. Die Vergütung ist auch für niedergelassene Ärzte unterdimensioniert. Wir halten eine teure Versorgungsstruktur zur Verfügung und finanzieren diese allein. Staat und Krankenkassen beteiligen sich nicht!

Mit Einrichtung unserer Arzttrufzentrale hatten wir eine kostenpflichtige Rufnummer geschaltet. Wir wurden dafür von der Politik kritisiert und aufgefordert, eine kostenfreie Erreichbarkeit zu sichern. Das haben wir mit Einführung der 116 117 getan. Auf den Kosten sind wir aber sitzen geblieben. Aus meiner Sicht gehört eine solche Rufnummer nicht zu den eigentlichen Sicherstellungsverpflichtungen. Sie ist vielmehr eine gesellschaftspolitische Verpflichtung und an dieser Stelle entweder die Solidargemeinschaft der Versicherten oder der Steuerpflichtigen zu bezahlen.

Wir finanzieren nicht nur die telefonische Erreichbarkeit, sondern die Einrichtung und den Betrieb der Portalpraxen, die Personalkosten auch dann, wenn sie nur vorgehalten aber nicht in Anspruch genommen werden.

Insbesondere die Herkunft der Vergütung ist für uns hochbrisant. Bisher werden die Forderungen aus dem Notfalldienst und für Notfalleistungen vorab der Gesamtvergütung entnommen. Sie mindern die budgetierte Vergütung vor Trennung in den haus- und fachärztlichen Anteil. Werden die Gebührenpositionen für Notfalleistungen aufgewertet, fallen bei gleichbleibender Leistungsanforderung höhere Gesamtkosten an. Die mGV vor Trennung wird weiter gemindert. Dabei ist eine Leistungsausweitung noch nicht berücksichtigt.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, dieser Mechanismus schadet den Haus- und den grundversorgenden Fachärzten. Alle Gruppen, die wesentliche Teile ihrer Honorarforderungen aus der mGV beziehen, werden belastet. Wer große Vergütungsanteile aus der eGV bezieht, ist relativ entlastet. Damit stellt sich mir die gesundheitspolitische Frage, wie ernst man es mit der Förderung der Allgemeinmedizin und der Grundversorgung tatsächlich meint. Zudem ist es für mich erstaunlich, mit welcher Leichtigkeit eine Regierung der Mitte bereit ist, mittelständische Praxen zu schädigen und einen Bereich, in dem sich zunehmend gewinnorientierte Unternehmen tummeln, zu fördern.

Diese Tendenz ist einer Vielzahl von Gesetzen zu entnehmen, die in den letzten Jahren erlassen wurden. Der Präsentation entnehmen Sie bitte Beispiele für den Fleiß der Ministerialbürokratie und des Bundesparlamentes in der Gesetzgebung – nur auszugsweise! Klar und überdeutlich ist, dass spätestens seit 2002 unter einem SPD geführten Gesundheitsministerium die offene Erosion des Sicherstellungsauftrages und der Abstieg der inhabergeführten Arztpraxis begann. Der Wettbewerbsgedanke wurde in die solidarische Krankenversicherung eingeführt. Für den Sicherstellungsauftrag bedeutete dies Abspaltung durch Selektivverträge. Diese Politik wurde im Bundesgesundheitsministerium auch unter FDP- und CDU-Führung fortgesetzt. Selektivverträge wurden gestärkt. Ebenfalls unter Ausschluss der KVen wurden Modellvorhaben nach § 64 SGB V oder die integrierte Versorgung nach § 140 a ff SGB V etabliert. Krankenhäusern, Kommunen und weiteren Handelnden wurde die Bildung von MVZ eröffnet. Mit dem § 115 b schien die Welt der vertragsärztlichen Versorgung im ambulanten Leistungsangebot mit Kliniken einigermaßen auf Augenhöhe. Mit Einführung der spezialfachärztlichen ist diese Augenhöhe vollständig verschwunden. Krankenhäuser sollen Sicherstellungsaufgaben übernehmen nicht nur in unterversorgten Gebieten, sondern auch bei Terminproblemen in der fachärztlichen Versorgung. Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, wo ist in dieser Gesetzgebung noch der Respekt vor der mittelständischen, inhabergeführten Praxis? Ich persönlich sehe uns stringent auf dem Weg in ein rein staatliches Gesundheitswesen. Das lehne ich vehement ab!

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen, wir unterstützen die Forderung der Krankenhausgesellschaft nach einer kostendeckenden Vergütung. Diese Unterstützung hat aber zwei Bedingungen:

1. Die Vergütung muss für beide Seiten – Vertragsärzte und Krankenhäuser – kostendeckend und identisch sein.
2. Die Vergütung darf nicht mehr der mGV im Vorwegabzug entnommen, sondern muss extrabudgetär bezahlt werden.

Werte Kolleginnen, werte Kollegen, diese aufgezeichnete Entwicklung ist ein Musterbeispiel, ein Musterbeispiel für professionelles Lobbying. Anfang des Jahres standen Eckpunkte zum Krankenhausstrukturgesetz. Jetzt ist es fast in trockenen Tüchern, ohne dass in der Zwischenzeit viel darüber zu hören war. Offensichtlich hat sich die

Deutsche Krankenhausgesellschaft hochprofessionell bei der Politik eingebracht und ihre Vorstellungen umfangreich durchgebracht. Das ist schon ein Meisterstück, zumal dieses Gesetz sowohl die Vertragsärzte, als auch die Krankenkassen massiv belastet. Vielleicht sollten die Entscheidungsträger der KBV in Berlin im Nachbarhaus an der Wegelystraße Lehrstunden nehmen. Denn aus der KBV war und ist zu diesem Thema bislang allenfalls wenig zu hören gewesen.

Zum Abschluss meiner Ausführungen möchte ich nicht versäumen, Ihnen mit einem zweiten Thema auch eine positive Perspektive zu vermitteln. Wir in Westfalen-Lippe haben uns seit Jahren für Entbürokratisierung stark gemacht. Dr. Kriedel hat die Bürokratiekosten ermittelt und ist im Normenkontrollrat aktiv. Wir haben eine Arbeitsgruppe aus KV, Ärzten und Kassen, die sich mit der Entschlackung von Formularen befasst. Ich selber war schon vor über 10 Jahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss aktiv, um einen Anachronismus wie das Antragsformular zum Antragsformular für den Reha-Antrag zu beseitigen. Die meisten von Ihnen kennen die Muster 60 und 61. Hinzu kam, dass Ärzte, die das Muster 61 ausfüllen wollten, erst dafür einen Qualifikationsnachweis über ihre Facharztweiterbildung hinaus führen mussten. Damit ist jetzt Schluss!

In langwierigen Verhandlungen mit dem GKV Spitzenverband – gute 10 Jahre, an denen ich selber mitgewirkt habe – ist es gelungen, sowohl das Muster 60 als auch den zusätzlichen Qualifikationsnachweis abzuschaffen. Es wird nur noch ein Antragsformular geben, das jeder Vertragsarzt ausfüllen kann. Dieses Formular besteht aus vier Seiten, von denen maximal drei ausgefüllt werden müssen. Die Seite A ist als einzelne Seite nur auszufüllen, wenn der Arzt sich nicht sicher ist, dass die Krankenversicherung Träger der Rehabilitation ist. Anderenfalls füllt er die Seiten B bis D aus. Dafür erhält er die Vergütung, die es bisher für das Muster 61 gab.

Ich freue mich, dass ich erfolgreich dazu beigetragen habe, ein weiteres Ziel unter anderem mit typisch westfälischer Hartnäckigkeit und Geduld zu erreichen. Ein bürokratischer Unsinn gehört der Vergangenheit an! Sie sehen, konsequenter Einsatz lohnt sich! Dafür stehen wir auch weiterhin.