



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Bericht an die Vertreterversammlung

Dr. med. Andreas Köhler
Vorsitzender des Vorstandes

Sitzung der Vertreterversammlung der KBV
am 19. Mai 2008 in Ulm

Es gilt das gesprochene Wort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Gäste,

„Wenn der Wind der Veränderung weht, bauen die einen Mauern und die anderen Windmühlen.“ Plastischer als mit diesem chinesischen Spruch kann man kaum darstellen, wie es derzeit in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugeht. Sogar im Zusammenhang mit einem Bierdeckel ist er bereits verwandt worden! Manche halten den Wind für ein laues Lüftchen, manche schon für einen Orkan, mitunter gibt es auch Einzelne, die den Wind nicht spüren, weil sie sich hinter angeblich starken Mauern verstecken. Andere wieder kämpfen wie weiland Don Quichotte gegen Windmühlen. Und jeder glaubt, das Richtige zu tun.

Die KBV jedenfalls hat sich eindeutig entschieden: sie baut Windmühlen, keine Mauern! Und das ist nicht einfach, zumal nicht immer klar ist, woher der Wind weht.

Auch die Bundesärztekammer baut mit den gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft Windmühlen. Das Ulmer Papier, das uns als Entwurf vorliegt und morgen auf dem Deutschen Ärztetag diskutiert werden soll, trifft die Befindlichkeit der Ärzte hervorragend: es prangert die Einengung der Therapiefreiheit und die Störung des Patienten-Arzt-Verhältnisses durch immer stringenteren versorgungsfremde Vorgaben an und macht sehr deutlich, dass es so nicht weitergehen kann. Die verfehlte Gesetzgebung der letzten Jahrzehnte, über immer enger werdende Kostendämpfungsmaßnahmen Rationierungen zu erzwingen und diese auf die individuelle Patienten-Arzt-Ebene zu verlagern muss ein Ende haben!

Die Ärzteschaft fordert daher, dass der Gesetzgeber entweder ausreichend Mittel für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellt oder sich zu einer expliziten Priorisierung und Rationierung bekennt. Derzeit werden die Kolleginnen und Kollegen vor Ort doch zerrieben zwischen dem Berufs- und Haftungsrecht, die höchste Anforderungen stellen und dem Sozialgesetzbuch V, das mit seinem gepanzerten Korsett einengender Vorschriften die Einhaltung des Berufsrechts fast unmöglich macht. Ärzte dürfen nicht länger als Exekutoren der Zwänge knapper Mittel missbraucht werden!

Darüber hinaus formuliert das Ulmer Papier auch klare Positionen der Ärzteschaft. Diese unterstützen wir vorbehaltlos, wobei wir auch darauf hinweisen: die Finanzierung zu regeln ist nicht primäre Aufgabe der Ärzteschaft, sondern das ist Aufgabe des Staates. Insbesondere im Hinblick auf die dringend notwendige Umstellung auf eine nachhaltige Finanzierung bleibt die Politik aber bis heute Antworten schuldig.

Das Ulmer Papier ist ein Fanal für die Gesundheitspolitik. Es gibt aber auch Orientierung und Halt angesichts sich rasant verändernder Rahmenbedingungen. Aber reicht das aus, in diesen insbesondere in der ambulanten Versorgung stürmischen Zeiten? Reicht es aus gegen das Virusprogramm, das die Politik mit den letzten Gesetzgebungen in eine funktionierende flächendeckende ambulante Versorgung eingespeist hat? Reicht es aus, um aus einer ständigen reaktiven Haltung heraus in Aktion zu kommen?

Aus unserer Sicht muss es ergänzt werden um eine klare Perspektive für Vertragsärzte. Wir brauchen Antworten auf die anstehenden Fragen: Wie versorgen wir unsere Patienten im Wettbewerb, wie kommen wir zu einer dauerhaft angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen, wie wird Versorgung politikunabhängig, wie gehen wir mit dem Arztmangel um, wie schaffen wir es, den Arztberuf wieder attraktiv zu machen? Antworten kann man schon finden in diesen Leitsätzen, aber wir brauchen mehr: Wir brauchen ein Konzept zur Etablierung einer nachvollziehbaren, den Patientenschutz und die Wirtschaftlichkeit fördernden Wettbewerbsordnung. Wir brauchen das zum Schutz des Patienten-Arzt-Verhältnisses. Vor allem brauchen wir Ruhe und Stabilität, Spaß an der Arbeit und weniger Bürokratie. Unter diesen Prämissen wird es Hauptaufgabe des KV-Systems in den kommenden Jahren sein, den Wettbewerb sinnvoll zu gestalten. Dem Gesetzgeber ist das bislang nämlich definitiv nicht gelungen, der schafft nur Unruhe, sowohl unter Patienten als auch unter den Ärzten!

Es wird notwendig sein, bestimmte Mauern einzureißen, das gestehe ich Politik und Gesetzgeber zu. Aber das gesamte Gebäude eines funktionierenden Gesundheitswesens abzureißen, wäre ein fataler Fehler.

Umso wichtiger ist es, dass wir als Ärzteschaft dazu unsere eigenen Vorstellungen entwickeln, diskutieren und – wenn ein Konsens gefunden ist – diesen in das Gesetzgebungsverfahren einzuspeisen. Ohne Änderungen der gesetzlichen Grundlagen wird es nämlich nicht gehen. Und wir brauchen eine klare Wettbewerbsordnung! Was heute in dem bislang nicht systematisierten Wettbewerb auf Seiten der Leistungserbringer geschieht, gefährdet die Versorgungssicherheit der Patienten und schafft für Ärzte statt der dringend benötigten Planungssicherheit Wirrwarr.

Wir brauchen uns doch nur einmal einige Zahlen anzuschauen: weit über 5.000 Integrationsverträge, ca. 60 Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung und eine unbekannte Zahl von Verträgen gem. § 73 c, dazu die Disease-Management-Programme und viele Modellvorhaben gibt es bereits. Monatlich kommen weitere dazu. Die Versorgungslandschaft zersplittert, und zwar nicht nach klaren Prinzipien, sondern eher willkürlich. Versuch und Irrtum mögen ja in anderen Bereichen eine sinnvolle Suchmethode für neue Lösungen sein, im Gesundheitswesen gilt das aber definitiv nicht! Versicherte und Patienten haben einen Anspruch auf einen leichten Zugang zu medizinischen Leistungen! Sie haben einen Anspruch auf einen Hausarzt in ihrer Nähe, den sie unabhängig von ihrer Krankenkassenzugehörigkeit auch aufsuchen können! Sie haben einen Anspruch auf einen funktionierenden Notfalldienst! Und sie haben vor allem den Anspruch, dass der Wettbewerb ihre Versorgung nicht gefährdet. Genau wie Vertragsärzte einen Anspruch auf verlässliche Rahmenbedingungen für die Behandlung ihrer Patienten haben!

Mit dem zunehmenden, weitgehend ungeordneten Wettbewerb wird die Erfüllung dieser Ansprüche allerdings immer ungewisser. Wir brauchen eine Klammer, die die Versorgung zusammenhält! Diese Klammer ist und bleibt das KV-System und der Kollektivvertrag. Wer das ignoriert, muss auch die Verantwortung für einen Versorgungsflickenteppich übernehmen.

Wie unverzichtbar diese Klammer ist, zeigt ironischerweise gerade der Vertrag gem. § 73 b SGB V der AOK Baden-Württemberg mit der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft, der Mediverein Dienstleistungs GmbH, dem Hausärzterverband Baden-Württemberg und Medi Baden-Württemberg. Um die Mobilität ihrer eingeschriebenen Versicherten zu erhalten und die Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb Baden-Württembergs zu ermöglichen, braucht die AOK den Fremdkassenzahlungsausgleich und den Kollektivvertrag in den anderen Bundesländern. Um den Notdienst zu gewährleisten, braucht die AOK die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg und den Kollektivvertrag im eigenen Lande. Entfielen beides, wäre der Vertrag nicht umzusetzen, ohne die eingeschriebenen Versicherten massiv zu benachteiligen.

Unsere grundsätzliche Kritik an solchen Verträgen mit Bereinigung der Gesamtvergütung bezieht sich doch gerade darauf, dass darüber das Sicherheitsnetz KV durchlöchert wird. Werden die Löcher zu groß, fallen viele Patienten und viele Ärzte durch!

Der Vertrag in Baden-Württemberg wird jetzt beweisen müssen, dass er Vorteile für Patienten, Versicherte, Ärzte und die Krankenkasse bietet. Ist nur eine dieser Gruppen durch ihn benachteiligt, wird er nicht funktionieren. Denn Versicherte und Patienten werden ihn nicht wählen, wenn er ihnen nicht dauerhaft eine gute und sichere Versorgung bietet. Ärzte werden ihm nicht beitreten oder ihn wieder verlassen, wenn er keine Vorteile hinsichtlich der Vergütung oder der Verwaltungsvereinfachung dauerhaft gewährleistet. Außerdem ergibt sich aus dem Übermaß an Pauschalierung, das in diesem Vertrag gewählt wurde, ein Problem: Ärzte finden darin überhaupt keine Möglichkeit mehr, sich mit dem eigenen Leistungsspektrum zu identifizieren. Der daraus resultierende Entfremdungseffekt widerspricht unserem Berufsbild. Und: es könnte einen negativen Leistungsanreiz setzen. Für die Krankenkasse müssen dadurch entstehende Mehrkosten über Einsparungen bei den verordneten Leistungen und Effizienzsteigerungen refinanziert werden und er muss dazu beitragen, die Mitglieder an ihre Kasse zu binden.

Ich kann für die AOK-Versicherten und Hausärzte in Baden-Württemberg nur hoffen, dass die AOK sich nicht völlig verkalkuliert hat. Aber ich zweifle sehr stark daran, dass die notwendige Win-win-Situation für alle durch diesen Vertrag geschaffen werden kann. Was passiert denn für Versicherte in diesem Vertrag, wenn sie eine Vertretung für ihren Hausarzt brauchen? Die Vertretungsregelung lautet: eine Pauschale von 12,50 € im Quartal. Welcher Hausarzt kann für dieses Geld denn z. B. eine Heimbetreuung pflegebedürftiger Patienten durchführen? Welcher Hausarzt kann dafür einen Hausbesuch inklusive Behandlung und Wegegeld machen? Diese Regelung gefährdet ganz eindeutig die Versorgung im Vertretungsfall.

Wir werden gespannt abwarten, was in Baden-Württemberg passiert! Wenn – entgegen meiner Prognose – aber doch alles funktioniert, heißt es den Vertragspartnern Respekt zu zollen!

Während wir warten, bleiben wir allerdings nicht untätig. Wir bauen die Windmühlen, um den Wind der Veränderung positiv zu nutzen. Davon haben wir mittlerweile schon eine ganze Menge. Einige sind bereits betriebsbereit und erzeugen Energie. Andere befinden sich noch im Stadium der Diskussion wie das Konzept zur wettbewerbsorientierten Neuordnung der Versorgungsebenen.

Wir müssen doch angesichts der im Ulmer Papier gelungen beschriebenen Anforderungen konkrete Antworten geben. Wie gehen wir mit den Versorgungsproblemen um? Wie ordnen wir den Wettbewerb so, dass Versorgungssicherheit gewährleistet ist und gleichzeitig die Chancen, die fraglos im Wettbewerb liegen, für Patienten, Ärzte, Krankenkassen und unsere Gesellschaft genutzt werden können? Wie können wir die Schnittstellen zwischen den Versorgungsebenen so gestalten, dass sie keine Grenzen mehr darstellen und eine rationale und effiziente Patientenversorgung über alle Ebenen hinweg gesichert ist? Wie können wir neue medizinische Behandlungsmethoden qualitätsgesichert in die Versorgung integrieren? Das sind doch die Fragen, um die es – neben den ebenfalls drängenden Finanzierungsfragen – in den nächsten Jahren geht!

Der Gesetzgeber hat darauf derzeit keine Antwort. Er hat den Wettbewerb ordnungspolitisch völlig verfehlt eingeführt. Auch das Ulmer Papier bleibt an dieser Stelle die Antwort schuldig. Und welche Antworten sind von Krankenkassen im Wettbewerb zu erwarten? Völlig unterschiedliche, die aber eines gemeinsam haben werden: sie werden nicht zum Vorteil der Ärztinnen und Ärzte und der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sein! Ich möchte dazu eine Stelle aus einem gesundheitspolitischen Informationsdienst zitieren, die das auf den Punkt bringt. „Und schließlich belegen die Vorliebe der Sozialgerichte für die Kassen und die gesetz-

lich verankerte Asymmetrie zwischen beiden Marktseiten, dass es bei allen diesen sogenannten Wettbewerbselementen im SGB V, wie dem selektiven Kontrahieren, dem Gesetzgeber einseitig darum geht, die Kassen als Drückerkolonie gegen die Leistungserbringer zu instrumentalisieren.“¹

Für mich und meinen Vorstandskollegen Müller heißt die Konsequenz daraus ganz klar: wir als ärztliche Selbstverwaltung müssen die Antworten geben! Es steht nichts weniger auf dem Spiel als unser berufliches Selbstverständnis! Das können und werden wir uns nicht aus der Hand nehmen lassen. Und die Antworten, die wir geben, müssen Windmühlen sein, keine Mauern. Das erfordert Reformfähigkeit auf allen Ebenen. In der Diskussion um das Versorgungsebenenkonzept dürfen wir nicht in den Fehler verfallen, Mauern für Windmühlen zu halten. Denn im Wind der Veränderung erodieren Mauern über kurz oder lang. Windmühlen dagegen liefern Energie und tragen dazu bei, die Zukunft zu sichern.

Ob und wie uns das gelingt, hängt von unserem Willen zur Gestaltung und von unserer Bereitschaft ab, Veränderungen zu akzeptieren und in ihnen die Chancen zu sehen, nicht die Bedrohungen. Ich bitte Sie alle, das in der Diskussion um die künftige Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Diese Diskussion hat doch gerade erst begonnen und wir werden uns die notwendige Zeit nehmen, um zu einem guten, konsensfähigen Ergebnis zu kommen. Wir reden noch über Eckpunkte, nicht über ein fertiges Konzept, aber reden müssen wir.

So müssen wir m. E. auch mit dem Ulmer Papier umgehen. Es ist im Kern ein gutes Papier, aber es fehlen ihm konkrete Vorstellungen für die Gestaltung der Versorgungslandschaft. Wir sind daher der Auffassung, dass das Ulmer Papier nochmals intensiv mit allen ärztlichen Organisationen in einem strukturierten Prozess diskutiert werden muss. Wir müssen es ergänzen um konkrete Vorschläge zur Neugestaltung der Versorgungsstruktur! Deshalb bitte ich Sie auch, den Ihnen vorliegenden Antrag 1 des Vorstandes zu unterstützen und diese Diskussion zu führen.

Es geht darum, eine Wettbewerbsordnung zu schaffen, die die demographische Entwicklung unserer Bevölkerung hin zu einem wesentlich höheren Anteil Lebensälterer antizipiert und dem medizinischen Fortschritt einen soliden Entwicklungsrahmen bietet. Dafür brauchen wir einerseits eine funktionsfähige, flächendeckende Versorgungsstruktur, die den steigenden Bedarf an qualifizierten wohnortnahen medizinischen Leistungen gewährleistet. Wir brauchen andererseits ein leistungsfähiges und flexibles Angebot hochspezialisierter Leistungen. Von entscheidender Bedeutung für eine patientenorientierte Versorgungssteuerung ist das Schnittstellenmanagement. Das erste Augenmerk bei der Entwicklung einer Neustrukturierung der Versorgungsebenen muss daher darauf liegen.

Wir sind davon überzeugt, dass der beste Schnittstellenmanager der Arzt ist. Er weiß, welche Therapie angezeigt ist und auf welcher Ebene diese am besten durchgeführt werden kann. Konsequenterweise lautet unser Vorschlag deswegen auch: wir brauchen zukünftig noch weit mehr als heute gezielte Überweisungen. Deswegen schlagen wir vor, den Zugang zur nächsten Ebene immer von der Überweisung eines Arztes abhängig zu machen. Voraussetzung dafür ist, dass der freie Zugang zur primären Ebene auch weiterhin gewährleistet ist.

Das können wir am besten dadurch sicherstellen, dass die Primärversorgung auch zukünftig kollektivvertraglich organisiert ist. Jeder Versicherte in der Regelversorgung kann sich frei seinen Hausarzt wählen, ohne Einschränkungen. Der Hausarzt entscheidet dann, ob eine wohnortnahe fachärztliche Versorgung notwendig ist und stellt die entsprechende Überweisung aus.

¹ Gesundheitspolitischer Informationsdienst Nr. 16, 9.5.2008

In Notfällen kann der Hausarzt selbstverständlich auch direkt an einen hochspezialisierten Vertragsarzt überweisen oder ins Krankenhaus.

Versicherte können allerdings anstatt der Regelversorgung einen speziellen Tarif ihrer Krankenkasse wählen, in dem andere Steuerungsmechanismen, etwa der freie Zugang zu allen Ebenen oder auch Kostenerstattung vereinbart sein können. Krankenkassen können für diese Wahltarife sowohl kollektivvertragliche Regelungen mit den KVen abschließen, sie können dafür aber auch andere Anbieter wählen. In diesen Tarifen können auch Vertragsmuster entsprechend dem heutigen § 140 a ff. SGB V aufgehen.

Der Primärversorgungsebene gehören alle Hausärzte gem. § 73 SGB V an, also Fachärzte für Allgemeinmedizin, Kinderärzte und hausärztlich tätige Internisten. Allerdings wissen wir heute schon, dass wir künftig nicht mehr genügend Ärztinnen und Ärzte dieser Fachgruppe haben werden, wenn es uns nicht gelingt, genügend Nachwuchs für diesen Bereich zu rekrutieren.

Die Förderung der Allgemeinmedizin ist daher ein wesentliches Ziel und muss durch ein umfassendes Programm vorangetrieben werden. Dazu gehören vor allem

- die Beibehaltung des Förderprogramms für Allgemeinmedizin mit einer Vergütungshöhe, die der Vergütung im Rahmen der Weiterbildung im stationären Bereich entspricht,
- die Entwicklung von Weiterbildungsverbänden, die eine synchrone und reibungslose Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin garantieren,
- die Änderung der Approbationsordnung mit umfassender Berücksichtigung des Tätigkeitsfeldes Hausarzt während des Medizinstudiums,
- die obligate Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an allen medizinischen Fakultäten,
- die Gleichrangigkeit von Versorgungsforschung neben Grundlagenforschung in der Medizin,
- Stipendien bzw. der Erlass von Studiengebühren für den Fall, dass sich ein künftiger Hausarzt entscheidet, in unterversorgten Gebieten tätig zu werden,
- der Aufbau von Investitionsprogrammen im Sinne einer Mittelstandsförderung durch Bund, Länder und Kommunen für den Aufbau von Praxen in unterversorgten Regionen,
- Honoraranreize für die Förderung der hausärztlichen Tätigkeit.

Bundesärztekammer und KBV werden alles tun, damit dieses umfassende Programm in allen Punkten schnell und nachhaltig umgesetzt wird. Denn ohne eine qualitativ hochwertige, ausreichend mit qualifizierten Hausärztinnen und Hausärzten besetzte Primärversorgungsebene können wir die Versorgung der Patienten nicht aufrechterhalten oder gar verbessern.

Trotzdem wird es Gebiete geben, in denen in den kommenden Jahren der Mangel an Hausärzten dramatische Ausmaße annehmen wird. Wir brauchen auch Konzepte, die in diesem Fall eine gute Versorgung garantieren, ohne Hausärztinnen und Hausärzte noch mehr zu belasten. Sie brauchen die Unterstützung durch qualifizierte Gesundheitsberufe! Aber nicht durch Substitution ärztlicher Leistungen, sondern durch klar geregelte Delegation von Leistungen an Mitarbeiterinnen, die in den Praxen angestellt sind! Damit wird die Etablierung einer weiteren Leistungserbringerebene verhindert, die kontraproduktiv und mit einem enorm hohen Abstimmungsaufwand verbunden wäre. Delegation bewahrt auch den Arztvorbehalt, der andernfalls zugunsten von „nurse practioners“ oder Bachelor-Gesundheitsberufen aufgeweicht würde.

In der Primärversorgungsebene neuer Prägung ist der Facharzt für Allgemeinmedizin nach wie vor der zentrale Leistungsträger. Aber er kann sich durch ein Team in der Praxis Unterstützung holen, das über die notwendigen Qualifikationen zur Ausführung delegierbarer Leistungen verfügt. Die „Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH)“ entlastet den Hausarzt wirkungsvoll und schafft mehr Zeit für die Betreuung vor allem multimorbider älterer Patienten in ihrer häuslichen Umgebung.

Für delegierbare Leistungen werden neue Gebührenordnungspositionen im EBM eingeführt – was nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz bereits gesetzlich verankert ist –, so dass auch die Abrechnung dieser Leistungen über die Vertragsärzte erfolgt und keine weitere eigenständige Vertragsebene zwischen Krankenkassen und Gesundheitsfachberufen erforderlich wird. Für diese neuen Positionen wird es auch das notwendige zusätzliche Geld von den Krankenkassen geben, dafür werden wir sorgen. Die Liste der delegierbaren Leistungen erarbeiten wir derzeit unter Einbeziehung des Sachverständigen der betroffenen Berufsgruppen, allen voran der Hausärzte, mit Hochdruck.

Auf diese gestärkte und leistungsfähige Primärversorgungsebene baut die Ebene der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung auf. Der Zugang zu dieser Ebene wird von den Hausärzten gesteuert; ausgenommen davon sind die Fachärzte für Augenheilkunde, für Frauenheilkunde, für Nervenheilkunde, für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für psychosomatische und psychotherapeutische Medizin und die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Für diese Gruppen gilt der Überweisungsvorbehalt nicht. Fachärzte dieser Versorgungsebene steuern wiederum – mit Ausnahme des Notfalls – den Zugang ins Krankenhaus.

Ärzte, die nicht Hausärzte im o. g. Sinne sind und die auch nicht ausschließlich Leistungen der hochspezialisierten fachärztlichen krankenhaushnahen Versorgung erbringen, bilden die wohnortnahe fachärztliche Versorgungsebene. Fallbezogen können sie auch hochspezialisierte Leistungen erbringen; dann folgen die Rahmenbedingungen dafür denen der hochspezialisierten krankenhaushnahen Ebene.

In der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene gilt der Kollektivvertrag weiterhin als bevorzugtes Vertragsmuster. Im EBM ist eine neue Strukturpauschale für fallbezogen ausschließlich wohnortnah tätige Fachärzte, die regelhaft am fachärztlichen Notdienst teilnehmen und eine Online-Anbindung an die KV haben, einzuführen. Daneben treten selektive Verträge gem. § 73 c SGB V oder die bereits genannten Wahltarife der Krankenkassen mit ihren eigenen, auch sektorübergreifenden Verträgen, an denen die KV beteiligt werden kann, aber nicht muss.

Dieses Prinzip dreht sich erst auf der anschließenden spezialisierten fachärztlichen krankenhaushnahen Versorgungsebene um. Hier gibt es nach unseren Vorstellungen zukünftig keine bevorzugte Vertragsform mehr! Es bleibt den Krankenkassen und den Ärzten selbst überlassen, welche Form sie wählen. Auch hier kann die KV Vertragspartner sein, wenn es gewünscht wird. Übergangsregelungen stellen sicher, dass bereits zugelassene Vertragsärzte dieser Versorgungsebene im Kollektivvertrag bleiben können, aber nicht müssen.

Arztgruppen, die dieser Ebene angehören, sind einerseits solche, die bereits jetzt ausschließlich auftragnehmend arbeiten, wie etwa Humangenetiker, Molekularpathologen und andere. Hinzu treten fallbezogen Fachärzte, die auch Leistungen eines noch zu definierenden Katalogs hochspezialisierter Leistungen analog der Leistungen des heutigen §§ 115 b und 116 b SGB V erbringen. Ambulant tätige Fachärzte und Krankenhäuser sind dann völlig gleichgestellt: es gelten die gleichen Kontrahierungsregeln und die gleichen Vergütungsregeln wie im stationären Bereich. Die Sektorengrenzen werden so überwunden.

Der Streit, den wir heute um § 116 b SGB V führen, hätte sich dann erledigt. In der aktuellen Gesetzeslage kämpfen wir dagegen mit allen Mitteln an, denn die eklatante Benachteiligung niedergelassener Vertragsärzte und MVZ gegenüber den Krankenhäusern ist ungerecht und unerträglich! Das ist ein eindringliches Beispiel für den ordnungspolitisch völlig verfehlten Wettbewerb und zeigt noch einmal ganz deutlich, dass wir eine Wettbewerbsordnung brauchen.

Diese Eckpunkte einer Neustrukturierung der Versorgungsebenen schaffen einen klaren Wettbewerbsrahmen nach dem Prinzip: „Je mehr die Versorgung der Versicherten Wohnortnähe und Flächendeckung erfordert, desto stärker müssen kollektivvertragliche Strukturen vorhanden sein; je krankenhauspäher und spezialisierter die Versorgung ist, desto mehr Wettbewerb ist erforderlich.“ Die freie Arztwahl innerhalb der Versorgungsebene bleibt in der Regelversorgung erhalten, der Zugang zur nächsten Versorgungsebene wird gesteuert. Versicherte haben allerdings die Freiheit, sich in Wahltarife der Krankenkassen einzuschreiben, die andere Steuerungsmechanismen vorsehen können, etwa den freien Zugang zu allen Ebenen.

Ärzte der Primärversorgung und der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung bleiben Pflichtmitglieder der KVen. Diese organisieren den haus- und fachärztlichen Notdienst, sind für Qualitätssicherung und -förderung und für die Zulassung zuständig. Die Sicherstellung verbleibt für den kollektivvertraglichen Teil dieser beiden Ebenen bei den KVen. Die Bedarfsplanung wird weiterentwickelt hin zu einer risikoadjustierten kleinräumigen Versorgungsplanung. Für die spezialisierte fachärztliche krankenhauspähere Ebene übernimmt das KV-System die Aufgaben einer „Netzagentur“ und überprüft die Zulassungsvoraussetzungen, eine Bedarfsplanung gibt es dort nicht mehr.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die genannten Eckpunkte bieten aus unserer Sicht eine gute Grundlage für eine Weiterentwicklung unserer Versorgungslandschaft, regeln den bisher ungeordneten Wettbewerb und bieten Versorgungssicherheit für Patienten und Planungssicherheit für Ärzte. Daran, wie wir die Diskussion darüber führen und zu welchen Ergebnissen wir kommen, misst sich unsere Reformfähigkeit. Wenn wir die nicht haben, werden die Ausstiegsszenarien aus Bayern oder Baden-Württemberg bald überall Platz greifen. Dann würde zunächst Chaos herrschen, das völlig neu geordnet werden müsste. Ich wage nicht zu sagen, ob das in die staatliche Planwirtschaft oder in ein weitgehend wettbewerbsgesteuertes System führen würde. Aber ich weiß: keine dieser beiden Entwicklungstendenzen wäre gut für die Patienten. Und auch nicht für Ärzte!

Denn beides würde die heutige Freiberuflichkeit des Arztberufes in Frage stellen. Diese ist – wie es das Ulmer Papier eindringlich beschreibt – unverzichtbar für ein gutes Patienten-Arzt-Verhältnis und für ein patientenorientiertes Versorgungssystem. Die Freiberuflichkeit des Arztes darf nicht ausgehöhlt werden! Sie muss im Gegenteil gestärkt werden. In der haus- und wohnortnahen fachärztlichen Versorgung heißt das: wir müssen die Einzel- und Gruppenpraxis fördern und schützen, um die Unabhängigkeit des freiberuflich niedergelassenen Vertragsarztes zu retten.

Dass manche Kassen anderes im Sinn haben, hat uns eine sogleich dementierte und entschärfte Äußerung des AOK-Plus-Vorstandsvorsitzenden gezeigt: der selbständig niedergelassene Vertragsarzt in der wohnortnahen Versorgung hat in den Zukunftsüberlegungen dieses Schlagens von Kassenfunktionären keinen Platz mehr. Da rücken die „rollende Sprechstunde“ oder Pflegefachberufe an den Platz des Hausarztes und wenn die mit ihrem Latein am Ende sind, gibt es die Krankenhäuser. Die tragende Versorgungsebene soll ausgehebelt werden. Das ist es doch, wogegen wir mit aller Macht angehen!

Aber die Gefahr für die selbständige Niederlassung droht auch aus einer anderen Richtung: Kapitalunternehmen entdecken den ambulanten medizinischen Markt für sich und gründen immer mehr Medizinische Versorgungszentren. Welche Strategie z. B. große Klinikketten verfolgen, zeigen die Äußerungen des Chefs der Rhön-Kliniken: „Wir wollen nicht mehr und nicht weniger als ein umfassendes Angebot einer Vollversorgung aufbauen, dass die kompletten medizinischen Leistungen im ambulanten und stationären Bereich umfasst und auf dem höchsten Qualitäts- und Modernitätsstand ist.“ Genau das wollen wir auch! Die Rhön-Kliniken als Unternehmen setzen dabei genau wie wir auf Kooperation und da, wo diese nicht funktioniert, auf Übernahme. Der Unterschied: wir wollen damit die Freiberuflichkeit stärken und nicht einem rein ökonomischen Mandat unterwerfen. Das können wir am besten, in dem wir für Vertragsärzte ein Angebot schaffen, als Vertragsärzte oder als angestellte Ärzte in einem MVZ zu arbeiten, das von Vertragsärzten für Vertragsärzte gegründet und geführt wird. Die Gründung einer unabhängigen Stiftung, die wiederum an einer Aktiengesellschaft mit genau diesem Auftrag beteiligt sein wird, ist die logische und richtige Konsequenz, die wir aus der Entwicklung gezogen haben!

Eines der Ziele, die mit der Gründung oder Übernahme von MVZ verbunden ist, lautet: wir wollen ein Partnerschaftsmodell einführen, das einen Mittelweg zwischen wirtschaftlich selbständig und angestellt geht. Das lässt sich z. B. über Gewinnbeteiligungen angestellter Ärzte realisieren. Das Modell orientiert sich an Rechtsanwälten in großen Kanzleien, die diesen Weg bereits beschritten haben. Wir wollen damit insbesondere für junge Kolleginnen und Kollegen eine weitere Chance eröffnen.

MVZ sind bereits heute aus der Versorgungslandschaft nicht mehr wegzudenken. Sie werden von Patienten und Ärzten angenommen, denn sie bieten Vorteile. Junge Ärztinnen und Ärzte scheuen das Risiko einer selbständigen Niederlassung und haben oft nicht das notwendige Kapital. Sie können in einem MVZ als Angestellte in der ambulanten Versorgung arbeiten, Familie und Beruf wesentlich besser vereinbaren und später Partner oder Inhaber einer eigenen Praxis werden, wenn sie es wünschen.

Ein weiteres, ebenso wichtiges Ziel besteht darin, eine „Premiummarke“ zu schaffen. Diese MVZ werden erkennbar einen besonderen Wert auf die Qualitätssicherung und -förderung legen. Sie werden auf der Grundlage einer von KBV und KVen definierten Qualität arbeiten und diese auch nach außen darstellen. Sie werden sich einem Benchmarksystem stellen und damit für Patienten und Kostenträger mehr Transparenz schaffen.

Aber unabhängig davon, wie wir die künftige Versorgungslandschaft gestalten wollen, auf eine EDV-gestützte Datenverarbeitung und eine sichere Online-Anbindung an die KV – selbstverständlich unter strengster Beachtung der Datenschutzvorschriften – können wir künftig nicht mehr verzichten. Die Gründe dafür sind vielfältig und reichen von der Vereinfachung und Beschleunigung der Abrechnung über Qualitätssicherungsmaßnahmen bis hin zur Datenbereitstellung für die Versorgungsforschung oder für künftige qualitätsbezogene Vergütungsbestandteile. Die derzeit erdrückende Bürokratie in den Praxen kann mit entsprechend guten Programmen minimiert werden und eine dringend notwendige Entlastung in diesem Bereich erzielen.

Darüber hinaus können die KVen ihre Serviceangebote gegenüber den Vertragsärzten und -psychotherapeuten deutlich verbessern, wenn diese online mit ihr verbunden sind. Solche Serviceangebote können dem Arzt z. B. durch das Bereitstellen von Behandlungsleitlinien, durch eine schnelle und individuelle Rückmeldung über seinen Verordnungsstatus, durch Schnellschritte auf wichtige Informationen und vieles andere mehr seine Arbeit wesentlich erleichtern. Sichere Datenübermittlung über eine gute Online-Anbindung wird einfach unverzichtbar sein. Sie muss in beide Richtungen funktionieren: vom Arzt zur KV und von der KV zum Arzt. Es ist auch sinnvoll die KVen untereinander und mit der KBV stärker zu vernetzen: viele Aufgaben

würden dadurch erleichtert und könnten schneller und weniger aufwändig ausgeführt werden. Es ergäben sich auch erhebliche Synergieeffekte, die wir nutzen wollen.

Eine der bereits erwähnten Windmühlen, die das Stadium der Planung nun verlassen und in das der Umsetzung eingetreten sind, ist das Projekt Online-Anbindung. Die Mehrzahl der KVen und die KBV haben dazu einen Vertrag abgeschlossen, in dem es um die zügige und auf die Bedürfnisse der Vertragsärzte und -psychotherapeuten ausgerichtete Entwicklung der Online-Anbindung und der Bereitstellung von Serviceangeboten geht. Von der KBV angestoßen und vorangetrieben, wird es viele Vorteile bieten. Dieses Projekt ist strategisch von enormer Bedeutung. Wir wollen den Wettbewerb gestalten, wir wollen den Kollektivvertrag modernisieren. Das geht ohne Online-Anbindung künftig nicht mehr!

Die AOK in Baden-Württemberg hat das auch erkannt und deswegen vertraglich verankert, dass jeder Hausarzt, der an dem Vertrag gem. § 73 b SGB V teilnimmt, über eine entsprechende Ausstattung verfügt. Die Ärzte werden verpflichtet, eine spezielle Vertragssoftware dafür zu nutzen. Was mit den Daten konkret geschieht und in welcher Detailtiefe sie an die AOK zu liefern sind, können wir derzeit nicht genau sagen. Mir als Hausarzt in Baden-Württemberg wäre aber ziemlich unwohl bei dem Gedanken, dass die Kasse direkten Zugriff auf alle meine Praxisdaten haben könnte. Die direkte Abhängigkeit von der Kasse wird dadurch immer größer. Zumal der Vertrag mich sowieso schon verpflichtet, gegenüber dem Patienten bei der Einschreibung als „Bote der AOK“ zu agieren! Wie lange dauert es da wohl noch, bis ich zum AOK-Arzt werde?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

unsere Reformfähigkeit wird darüber entscheiden, wie zukunftssicher das KV-System ist. Wer den AOK-Arzt verhindern will, wer die ärztliche Freiberuflichkeit sichern will, muss über eine klare Strategie verfügen, die auch konsequent verfolgt wird. Da liegt ein Problem. Denn wir haben – trotz vieler Vorarbeiten und vieler Fortschritte – noch kein gemeinsames Zukunftsmodell für die KVen, das wir alle uneingeschränkt vertreten. Dieses Zukunftsmodell müssen wir entwickeln und zwar so, dass alle dahinter stehen. Dafür brauchen wir die treibende Kraft der KBV. Bitte missverstehen Sie mich nicht: ich will kein zentralistisches Gebilde schaffen. Ich will ein föderales System erhalten, das aber einem gemeinsamen Zukunftsmodell verpflichtet ist. Wir bilden einen Chor, der die schönsten Lieder singen kann, vorausgesetzt er hat einen guten Chorleiter. Die Chorleiterfunktion hat dabei die KBV, und zwar aus ganz pragmatischen Gründen. Jeder kann und soll seine Stimme singen! Aber wenn daraus keine Kakophonie entstehen soll, muss das Ganze zusammengeführt werden. Einer Kakophonie hört niemand zu, einem guten Chor sehr viele. Uns wird man zuhören, wenn wir abgestimmt reden und handeln. Sonst nicht!

Jeder Chor muss viel üben, ehe er wirklich gut ist. Das gilt auch für das KV-System, für jede einzelne KV und für die KBV. Wir haben unsere Kommunikation untereinander deutlich verbessert, aber es zeigen sich doch immer wieder Schwächen in unserer Kommunikationskette. Die müssen wir beseitigen! Wir haben unsere Organisationsentwicklung vorangetrieben, aber noch nicht abgeschlossen. Da gibt es auf allen Ebenen noch viel zu tun. Auch wir brauchen ein gutes Schnittstellenmanagement innerhalb des KV-Systems. Auch wir brauchen die Entwicklung einer gemeinsamen Unternehmenskultur. Wir brauchen dazu flexible Organisationsstrukturen und müssen notwendige Anpassungen vornehmen. Die KBV hat deshalb ihre interne Organisation umgestellt, um Schnittstellen besser managen zu können. Wir setzen deutlich mehr auf Projektarbeit, ohne die Linienarbeit deswegen zu vernachlässigen. Moderne Managementmethoden müssen auch bei uns angewandt werden, um unseren Erfolg zu sichern!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

einer willkürlichen Zerfaserung der Versorgung im wohnortnahen Bereich in lauter Vertragsinseln erteilen wir eine klare Absage. Wir müssen dem etwas Besseres entgegensetzen, das Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten, Patienten, Versicherte und Krankenkassen überzeugt. Die Eckpunkte im Hinblick auf die Neustrukturierung und Wettbewerbsordnung dafür habe ich bereits skizziert. Mit den kürzlich abgeschlossenen bundesweiten Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung zwischen der ARGE Vertragskoordinierung und der Knappschaft bzw. der BIG-Direktkrankenkasse haben wir gute neue Angebote geschaffen, den Wettbewerb für Patienten und Vertragsärzte genutzt und eine Zersplitterung verhindert.

Aber noch ist eine unverzichtbare Voraussetzung nicht erfüllt: die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, die deutlich mehr Geld ins System bringt! Skeptiker befürchten, dass dieses so dringend benötigte Geld sich zwischen dem Gesundheitsfonds und der „Drückerkolonnenfunktion“ der Krankenkassen in Nichts auflöst. Das darf auf gar keinen Fall passieren.

Die Politik weiß um die fatalen Folgen, wenn das Geld nicht bei den Vertragsärzten und -psychotherapeuten ankäme. Eine Protest- und Ausstiegswelle ungeheuerlichen Ausmaßes käme auf sie zu. Ärzte, Psychotherapeuten und ihre Mitarbeiter würden scharenweise auf die Straße gehen. Das KV-System wäre dann nicht mehr in der Lage, den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen. Wir werden in diesem Fall die Konsequenzen ziehen! Das heißt: auch wir steigen dann aus!

Außerdem würde das Vertrauen der Patienten in das System vollends verschwinden.

Wir haben die Zusage: das Geld wird kommen! Aber: aus bitterer Erfahrung heraus brauchen wir dafür auch Garantien. Vor allem angesichts der Problematik der Mittelumverteilung über den Fonds und über den Orientierungspunktwert. Die KBV hat daher einen Gesetzesentwurf in die Beratungen eingespeist, der diese Garantie abgibt. Jetzt muss der Gesetzgeber zügig handeln und unseren Anspruch gesetzlich fixieren, und zwar in Höhe von 4,5 Mrd. Euro. Diese zusätzlichen Mittel garantieren: in Baden-Württemberg und Bayern wird den Vertragsärzten auf gar keinen Fall etwas weggenommen, höchstens werden die Zuwächse niedriger liegen als anderswo. In den neuen Bundesländern und Berlin werden die Zuwächse so hoch sein, dass die Angleichung an das durchschnittliche West-Niveau tatsächlich erreicht werden kann.

Ohne diese Finanzspritze ist die Versorgung der Patienten nicht mehr zu gewährleisten. Das wissen die verantwortlichen Politiker, dafür haben wir gesorgt. Deshalb bin ich zuversichtlich, dass wir schon auf unserer nächsten Vertreterversammlung wissen: das Geld kommt zuverlässig, und es kommt in ausreichender Höhe.

Ebenfalls wichtig ist die gesetzliche Verankerung der Trennung der Vergütungen in einen haus- und einen fachärztlichen Anteil. Nur damit ist gewährleistet, dass die hausärztliche Versorgungsebene gestärkt werden kann und die Vergütungen für beide Bereiche sich separat entwickeln können. Wir haben dem Gesetzgeber auch hier einen Formulierungsvorschlag unterbreitet.

Alles weitere zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung werde ich Ihnen unter TOP 3.4, alles Wesentliche zum Thema Qualität unter TOP 3.5. erläutern.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Mauern dienen der Verteidigung, Windmühlen dem Fortschritt. Ein Kampf gegen Windmühlen ist Don-Quichotterie. Der Vorstand der KBV jedenfalls hat sich entschieden. Er wird kämpfen, aber für den Bau von Windmühlen und nicht für den von Mauern.

Vielen Dank.