



[Dr. Andreas Köhler](#)

Vorstandsvorsitzender der KBV

2007

Bericht an die Vertreterversammlung von

Dr. med. Andreas Köhler, Vorsitzender des Vorstandes

Sitzung der Vertreterversammlung der KBV am 7. Dezember 2007 in Berlin

... Zukunftssicherung bedeutet auch, dass wir die Zukunft mitgestalten wollen. Und die erfordert auch vom KV-System Innovationen und die Abkehr von altgewohntem Denken. Was brauchen die Patienten zukünftig, wie wird sich die Krankenkassenlandschaft entwickeln, welchen Stellenwert wird der Wettbewerb einnehmen? Wie sehen junge Mediziner ihre berufliche Zukunft? Was ist für sie attraktiver: die Niederlassung als freiberuflicher Vertragsarzt mit all seinen Vor- und Nachteilen oder die Arbeit als angestellter Arzt im Krankenhaus, einem MVZ oder einer großen Berufsausübungsgemeinschaft? Ich bin der Überzeugung, dass Kooperationen die Zukunft darstellen, auch in der ambulanten Versorgung. Denn die jüngeren Kolleginnen und Kollegen wollen im Team arbeiten. Das heißt zwangsläufig, dass wir uns weitaus stärker als bisher um die Arbeitsbedingungen von angestellten Ärzten in der ambulanten Versorgung bemühen müssen. Der rasante Anstieg der Anzahl Medizinischer Versorgungszentren zeigt doch schon heute sehr deutlich, wo der Weg hingehen wird. Dazu nur einige Kennzahlen: Die Anzahl der MVZ stieg gegenüber dem Vorjahresquartal im 3. Quartal 2007 von 562 auf 880, das ist ein Anstieg um sage und schreibe 56 Prozent. Nur 119 MVZ bauen dabei auf die „Freiberufler-Variante“, 319 MVZ haben sowohl Freiberufler als auch angestellte Ärzte und der größte Anteil mit 442 MVZ setzt auf die Angestellten-Variante. Auch die Tendenz bei der Trägerschaft zeigt, dass der immer noch sehr hohe Anteil (61 Prozent) von vertragsärztlich getragenen MVZ leicht abnimmt, derjenige der krankenhausgetragenen MVZ (34 Prozent) dagegen leicht zunimmt. Darauf müssen wir uns einstellen! Und zwar gestaltend, nicht nur reagierend!

Gleiches gilt für die sektorübergreifende Zusammenarbeit. Grabenkämpfe wie die um den § 116 b SGB V sind derzeit zwar noch notwendig, um die Interessen der Vertragsärzte in einem vom Gesetzgeber unfair ausgestalteten Wettbewerb zu schützen, sie müssen aber mittel- bis langfristig überwunden werden. Versorgungskonzepte dazu haben wir bereits erarbeitet. Mit unserem strategischen Partner aus dem Klinikbereich, der Sana AG, erproben wir derzeit z. B. ein gutes Überleitungsmanagement mit Hilfe einer elektronischen Fallakte. Das sind die Projekte, die in die Zukunft weisen! Ähnliches gilt auch für Konzepte, die nicht-ärztliches Gesundheitspersonal in den Arztpraxen strukturiert in die Behandlung integrieren. Solche

Modelle sind wichtig, um den erhöhten Betreuungsaufwand multimorbider chronisch Kranker zu kompensieren und gleichzeitig die ärztliche Verantwortung zu erhalten. Wir arbeiten bereits heute daran, den dafür notwendigen Rechtsrahmen zur Delegation ärztlicher Leistungen an medizinische Fachangestellte und andere nicht-ärztliche Gesundheitsberufe zu entwickeln und die Voraussetzungen für die dafür notwendigen Qualifikationen zu schaffen.

Basieren müssen neue Versorgungsmodelle und -konzepte auf einer Versorgungsforschung. Denn unter den Rahmenbedingungen des WSG verändern sich der Inhalt und die Bedeutung der Versorgungsforschung. Für die Player im Gesundheitswesen wird die Versorgungsforschung das, was für die Unternehmen in der freien Wirtschaft die Marktforschung ist. Marktforschung hat für viele Unternehmen im Wettbewerb elementare Bedeutung zur Unterstützung strategischer Marketingentscheidungen. Marktforschung und Controlling sind die beiden zentralen Orientierungshilfen für Unternehmen, um am Markt bestehen zu können, denn sie entscheiden über die Produktauswahl, Preisgestaltung und Werbung.

Ich glaube, dass Versorgungsforschung eine vergleichbar existentielle Bedeutung für das KV-System erhalten wird. Zunächst einmal gilt es, die Chancen in der vom Gesetzgeber programmierten Vergütungsreform zu nutzen. Auf der Grundlage einer weitgehend standardisierten Vergütungsordnung und eines weitgehend einheitlichen Punktwerts ersetzt die Vereinbarung des notwendigen Behandlungsbedarfs ab dem Jahr 2009 die gesetzliche Budgetierung. In die Feststellung des notwendigen Behandlungsbedarfs gehen insbesondere ein:

- die Zahl und Risikostruktur der Versicherten nach Wohnort und Kassenzugehörigkeit,
- die regionale Kostenstruktur der Vertragsarztpraxen unter Berücksichtigung der Versorgungsstruktur,
- die Veränderung des Leistungskatalogs und die Verlagerung von Leistungen zwischen der stationären und der vertragsärztlichen Versorgung,
- die Veränderung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Sinne veränderter Morbidität und der relevanten Behandlungsintensität
- sowie künftig vereinbarte Zuschläge für Qualität und für Unterversorgung.

Wir können die Datenanalyse hierzu nicht allein dem Institut des Bewertungsausschusses oder gar dem Spitzenverband der GKV überlassen. Wir müssen anhand der Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung unter Hinzunahme von Verordnungsdaten über eigene Auswertungen über die Entwicklung der Patientenzahlen und ihrer Morbiditätsrisiken verfügen können. Wir müssen die Qualität der Dokumentation prüfen und ggf. verbessern, um Veränderungen in der Morbiditätsstruktur plausibel belegen zu können. Wir müssen die Verlagerung von Leistungen erkennen, Veränderung der Kosten- und Versorgungsstrukturen verstehen und den Zusammenhang zu Behandlungsintensität und der Erfüllung von Qualitätsindikatoren herstellen. Für eine strategische Vertragspolitik müssen wir die Analyse der Veränderungsfaktoren künftig auch KV-bereichsübergreifend darstellen können.

Denken Sie daran, dass sich durch das WSG die gesamte Statik unseres Gesundheitswesens verändert. Durch die Einführung des morbiditätsbezogenen RSA und der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung verändern sich die Finanzflüsse zwischen den Krankenkassen aber auch innerhalb Deutschlands zwischen den Regionen. Durch das WSG hat es der Gesetzgeber zudem geschafft, alle Institutionen im Gesundheitswesen vor die Existenzfrage zu stellen. Dies gilt auch für die Körperschaften, trotz ihres staatlichen

Auftrags. Denn ab 2009 sind auch die Krankenkassen einem echten Insolvenzrisiko ausgesetzt.

Dies wird die Krankenkassen zu einer stringenten Deckungsbeitragsrechnung je Versicherten zwingen. Durch die Neuordnung des RSA werden dabei die Kranken – die bisher sogenannten schlechten Risiken – für die Krankenkassen ab 2009 zur finanziellen Ressource. Die Morbiditätsorientierung schafft aber auch die Möglichkeit, Preis und morbiditätsbedingten Leistungsbedarf regional und nach Verträgen zu differenzieren und dadurch einem Benchmark zu unterziehen. Nach Maßgabe ihrer Deckungsbeitragsrechnung werden die Krankenkassen die Instrumente des Vertragswettbewerbs nutzen. Diese sind im Umfang nicht mehr begrenzt und in den Inhalten weitaus freier geworden. Ein Versorgungsauftrag außerhalb des Kollektivvertrags muss künftig im Vertragswettbewerb erkämpft werden. Der Wettbewerb hat spätestens mit den Ausschreibungen in Baden-Württemberg und Kassel ganz real unser Kerngeschäft erreicht. Die Versorgungsforschung muss in diesem Umfeld Antworten auf ganz praktische Fragen geben können.

Die Krankenkassen beginnen nämlich, die Routinedaten nach Marktanteilen, nach Versichertenzahlen und deren Risikostruktur zu analysieren. Sie nutzen diese Zahlen, um Vertragsärzten, Krankenhäusern, Heil- oder Hilfsmittelanbietern selektive Vertragsangebote zu unterbreiten, um Wahltarife zu kalkulieren und zu bewerben und um optimale Fusionsstrategien zu entwerfen. Krankenkassen haben in diesem neuen System einen hohen Anreiz zu fusionieren, mit dem Ziel, regional einen hohen Versichertenanteil zu erreichen und überregional Auswirkungen des morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs ausgleichen zu können.

Die Vertragsärzte, MVZ und Krankenhäuser müssen umdenken. Durch WSG und VÄndG sind die Wettbewerbsbeziehungen komplexer geworden; die Praxisstrukturen und die tradierte Trennlinie zum Krankenhaus unterliegen einem schnellen Wandel. Die entscheidende Frage ist, welche dieser Praxisstrukturen künftig unter Bedingungen von Wahlтарifen und selektiven Verträgen den größten Patientenzufluss erwarten kann. Dabei müssen unterschiedliche Vertragsangebote finanziell unter Berücksichtigung der Risikostruktur der Patienten bewertet werden können. Es ist sogar denkbar, dass diese Bewertung Bestandteil eines Ratings bei der Vergabe von Bankkrediten wird. Fragen der Bank wie: „Sprechen Sie ein für die Krankenkassen finanziell interessantes Patienten Klientel an? Welche Vorteile hat Ihr Unternehmensmodell für die Zielgruppe der Patienten; welche Vorteile für die kontrahierende Krankenkasse?“ könnten künftig entscheidend für die Kreditvergabe werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen sich jetzt auf eine Zukunft einstellen, in der sie ihre Vertragsärzte nur noch dann optimal beraten und an sich binden können, wenn sie das Patientenpotenzial der von der KV vertretenen Verträge beschreiben und prognostizieren und diese Prognosen durch ein Controlling regelmäßig überprüfen können. Sie müssen durch Analyse der Versorgungsabläufe „Versorgungsprodukte“ definieren können, mit denen sie sich im Wettbewerb für die Bedürfnisse einzelner Krankenkassen und deren Versicherten abheben können. Sie müssen über Möglichkeiten verfügen, ihre Versorgungsangebote auch in der öffentlichen Diskussion darstellen und bewerben zu können. Das ist mit § 73 c-Verträgen für einzelne Kassen auch sehr differenziert möglich. Die Vertragsarbeitsgemeinschaft kann und wird das leisten!

Diese Herausforderung können wir effizient nur als KV-System aufnehmen. Wir müssen die Datengrundlagen sowie die personellen und technischen Investitionen für ein KV-

übergreifendes Analyse- und Informationssystem gemeinsam schaffen. Diese Überlegungen liegen der Reform des ZI zugrunde. Erste Schritte hierzu haben wir mit der Umsetzung dieser Reform in diesem Jahr eingeleitet.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
die dafür erforderlichen Ressourcen müssen wir freisetzen! Wir dürfen bei aller berechtigten und notwendigen Beschäftigung mit dem aktuellen operativen Geschäft, unsere gestalterische Aufgabe nicht vernachlässigen. Deswegen ist es so wichtig, dass wir mit der Diskussion um die Neuausrichtung und die Bündelung von Ressourcen zügig vorangehen. Wir haben in der letzten Vertreterversammlung die Grundlagen dafür gelegt und befinden uns, davon bin ich überzeugt, auf einem guten Weg.

Ein Bestandteil der größeren Serviceorientierung und der stärkeren Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Patienten ist bereits sehr konkret: Die Einführung einer bundeseinheitlichen, perspektivisch vielleicht sogar europaeinheitlichen Bereitschaftsdienstnummer. Die Vorteile liegen auf der Hand: Überall in Deutschland kann man über die Wahl derselben, eingängigen und leicht zu merkenden Nummer den Bereitschaftsdienst der KV erreichen. Die Kosten-Nutzen-Analyse dazu ist fertig gestellt. Das Ergebnis ist ermutigend: Es könnte uns in relativ kurzer Zeit und mit einem vertretbaren Aufwand für die notwendigen Investitionen und die laufenden Betriebskosten gelingen, eine solche Nummer zu etablieren. Deshalb bitte ich Sie, den heute hier eingebrachten Antrag dazu zu unterstützen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
ich bin nach wie vor ein bekennender Anhänger des haus- und facharztübergreifenden KV-Systems. Ich bin zutiefst davon überzeugt, dass dieses System die Aufgabe der Organisation eines qualitätsgesicherten, flächendeckenden medizinischen Versorgungsangebots für alle gesetzlich Krankenversicherten am besten und effizientesten erfüllen kann. Ich bin auch sicher, dass die Interessensvertretung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten in diesem übergreifenden Verbund am besten geleistet werden kann.

Denn es geht um nichts weniger als die primäre ärztliche Tätigkeit vor staatlichen Eingriffen zu schützen. Es geht darum, die Therapiefreiheit zu bewahren und gleichzeitig die Qualität der ärztlichen Tätigkeit zu fördern und zu steigern. Es geht darum, dass der Beruf des niedergelassenen Arztes und des niedergelassenen Psychotherapeuten wieder Freude macht und dass sich diese Freude auch nach außen durchschlägt. Das ist mit viel Arbeit verbunden, aber diese Arbeit macht auch uns – wenigstens meistens – Freude.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.