



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Bericht an die Vertreterversammlung

Dr. med. Andreas Köhler
Vorsitzender des Vorstandes

Sitzung der Vertreterversammlung der KBV
am 5. Dezember 2008 in Berlin

Es gilt das gesprochene Wort

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

Griechenland ist ein wunderbares Urlaubsland, nur krank werden sollten Sie dort nicht. Wenn doch, dann sollten Sie mindestens 500 Euro in einem neutralen Briefumschlag dabei haben, den Sie diskret überreichen, um überhaupt einen Arzt zu sehen. Die staatlichen griechischen Krankenkassen schulden nämlich den Ärzten 1,5 Mrd. Euro und den Krankenhäusern 2,1 Mrd. Euro. Das griechische Gesundheitssystem steht vor dem finanziellen Kollaps. Ärzte werden in Zukunft dort nur noch gegen Bargeld behandeln – und das nach monatelangen Wartezeiten.

Kann so etwas Ähnliches in Deutschland im nächsten Jahr auch passieren, wenn das Geld im Gesundheitsfonds nicht reicht, die Liquiditätsreserve nicht aufgebaut ist und der Staat nichts nachschießt? Ist es denkbar, dass dann nur noch gegen Vorkasse behandelt wird und sozial und finanziell schwache Bevölkerungsgruppen ihre Hausärzte nicht mehr aufsuchen können? Ich hoffe, dass so etwas in Deutschland nicht möglich ist! Und ich werde gemeinsam mit Ihnen alles tun, dass es nicht so kommt! Genau deswegen stelle ich diesen Bericht heute unter ein einziges, zentrales Thema: der Sicherheit und der Gerechtigkeit in der ambulanten ärztlichen Versorgung in den nächsten Jahren. Wieso? Bisher war das doch gar kein Thema, es war einfach selbstverständlich, dass wir das eine und das andere hatten.

Dem ist nicht mehr so. Nur geht es den potenziell Betroffenen – unseren Patienten – so, wie es dem deutschen Sparer¹ kurz vor der globalen Finanzkrise ging: Er wusste noch nicht, was da alles auf ihn zukommen würde. Dass es den Steuerzahler mehrere hundert Milliarden Euro kosten könnte, die Krise zu überwinden. Dass er sich Sorgen machen muss um sein Ersparnis. Weil das Regulierungssystem immer mehr ausgehöhlt worden ist und den Zockern in den Banken kaum noch Schranken auferlegt waren. Weil 20 Prozent Rendite für manche Manager immer noch nicht genug waren. Weil sie die Prinzipien eines soliden Bankiers schon lange über Bord geworfen hatten. Und weil der Gesetzgeber immer weiter den Weg der Deregulierung gegangen ist, ohne die Sicherheit der Geldanlagen zu bedenken.

Jetzt ist der Crash da und alles anders. Plötzlich hat keine Bankenart so viel Zulauf wie die Sparkassen und die Genossenschaftsbanken, wie die Volksbanken oder auch die Apotheker- und Ärztebank. Weil die Sicherheit bieten. Weil die weitgehend seriös geblieben sind. Weil die zwar gute Renditen wollten und boten, aber keine utopischen. Weil die vertrauenswürdig und vertraut sind. Weil die nah am Bürger sind. Weil deren Filialen um die Ecke liegen. Weil ein Sicherungssystem dahintersteht, dem man vertraut. Weil eben keine ausschließlich an der Rendite orientierten, den Shareholder-Value über alles andere stellenden Manager am Drücker saßen. Und weil Kapital arbeiten muss, aber nicht den Heuschrecken dienen soll, sondern dem Mittelstand für bodenständige Projekte.

¹ Aus Gründen der Einfachheit wird im Folgenden in der Regel die männliche Form verwandt; es sind aber stets beide Geschlechter gemeint.

Warum wohl dieser Vergleich? Weil das flächendeckende System der Kassenärztlichen Vereinigungen das für die ambulante ärztliche Versorgung ist, was die Sparkassen und Volksbanken für die deutschen Sparer und den deutschen Mittelstand sind. Weil Sie, die Vorstände der KVen und alle, die Sie Verantwortung für dieses System einer ärztlichen Selbstverwaltung tragen, keine Zocker sind, sondern Garanten der Sicherheit, nah am Patienten stehende Felsen in der Brandung. Weil Ihre Mitglieder ihre Praxis um die Ecke haben, die noch jeder Patient unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit und seinem sozialen Status aufsuchen kann. Wir sind ein Partner, auf den man sich verlassen kann. Der Kollektivvertrag funktioniert noch!

Das alles droht jetzt im Strudel des zunehmenden Wettbewerbs in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Gefahr zu geraten. Ähnlich wie bei der Immobilienblase in Amerika gibt es dabei ein absehbares Katastrophenszenario, wenn man die Sicherstellung – deutlicher gesagt: die Sicherheit der Bürger, jederzeit den Arzt ihrer Wahl aufsuchen zu können – in kleine Teile gliedert und in ganz Deutschland streut. Wettbewerb folgt eben nicht den Kriterien einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Versorgung für alle mit freier Arztwahl und niedrigschwelligem Zugang zu den Leistungen. Wettbewerb funktioniert auch im Gesundheitswesen nach den Kriterien des Marktes, nach Angebot und Nachfrage und damit auch nach der Zahlungsbereitschaft und Zahlungsfähigkeit der potenziellen Kunden. Renditen sind wichtiger als Werte wie Solidarität und Schutz von Benachteiligten. Das führt zu Mehrklassenmedizin, zu Zugangshindernissen, zur Benachteiligung bestimmter Patientengruppen und zu Einschränkungen bzw. sogar zum völligen Verlust bisher hoch geschätzter Werte wie der Flächendeckung, der „Rundum-die-Uhr“-Versorgung oder der freien Arztwahl.

Wettbewerb hat eben auch Risiken, so ist das im freien Spiel der Kräfte. Das kann man nicht verbergen, ebenso wenig wie das der Hype um CDOs, Swops und Leverages im Spiel mit dem Geld tun konnte. Aber wenn, wie im gesundheitspolitischen Ausschuss geschehen, das Risiko der neuen Gesetzesregelung zum § 73b SGB V mit dem Argument klein geredet werden soll, dass letztlich die KVen immer noch den Sicherstellungsauftrag haben, wenn alles schief geht, dann versucht man sehr wohl, eines der vielen Risiken im Spiel mit den Gesundheitsreformen zu verschleiern.

Wie komme ich zu dieser Aussage?

Das liegt an dem Zusammenspiel unterschiedlicher Gesetzesänderungen durch die letzten Gesundheitsreformen.

Da ist zunächst der Gesundheitsfonds. Nach der neuen Finanzierungsart der Gesetzlichen Krankenversicherungen bekommen die Krankenkassen ihr Geld auf eine völlig andere Weise als bisher. Denn die Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber sowie die anderen Einnahmen der GKV fließen künftig an den Gesundheitsfonds. Der verteilt die Gelder nach dem sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) an die Krankenkassen. Der Beitragssatz wird von der Regierung jährlich festgesetzt. Er beträgt für das kommende Jahr 15,5 Prozent und soll im ersten Jahr 100 Prozent der Ausgaben der Kassen decken. Ob dieser Satz ausreicht, kann derzeit niemand mit Sicherheit sagen. Die Krankenkassen selbst halten ihn allerdings für zu niedrig. Erst wenn nur noch 95 Prozent der Kassenausgaben über den Fonds gedeckt sind, ist die Regierung verpflichtet, den Beitragssatz anzupassen. Das kommt der Festsetzung eines Globalbudgets gleich!

Bei der Zuteilung der Mittel aus dem Fonds an die Krankenkassen wird zunächst jedem Versicherten einer Krankenkasse eine monatliche Pauschale zugeordnet, die sich nach Alter und Geschlecht und Erwerbsfähigkeitsstatus richtet. Von der errechneten Grundpauschale je Versicherten in Höhe von monatlich 185,64 Euro für das Jahr 2009 werden z. B. für eine 24-jährige Frau 118,94 Euro abgezogen, d. h. für diese Versicherte verbleiben der Krankenkasse 66,70

Euro. Ist die Frau erwerbsunfähig, werden zusätzlich 258,18 Euro monatlich fällig. Dann bekäme die Kasse 324,88 Euro. Diese Differenzierung ist nicht neu. Schon heute müssen Krankenkassen, die viele junge Versicherte haben, denen, die viele ältere haben, Geld zum Ausgleich des daraus resultierenden höheren Krankheitsrisikos geben. Der Ausgleich der Einkommensunterschiede ist über den Fonds nicht mehr erforderlich und entfällt folgerichtig.

Neu dagegen ist, dass im Morbi-RSA 80 Krankheiten ausgewählt worden sind, für die Krankenkassen zusätzliches Geld erhalten. Dafür wurden die Krankheiten auf ihre Kosten hin überprüft und in bestimmte Gruppen eingeteilt. Die Grundlage dafür sind die sogenannten standardisierten Leistungsausgaben. Für jede Gruppe gibt es einen definierten Zuschlag. Hat die 24-jährige Frau aus unserem Beispiel Typ I Diabetes mellitus beträgt der Zuschlag 193,43 Euro pro Monat. Hat sie Asthma, gibt es 90 Euro. Muss sie dialysiert werden, sind es 4.080 Euro. Zuschläge können auch kumulieren: Hat die Frau Asthma und Diabetes, bekommt die Kasse beide Zuschläge.

Reicht das Geld, das sie über diesen Mechanismus bekommen, den Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben nicht aus, müssen sie von ihren Versicherten Zusatzbeiträge erheben. Die sind aber ausgesprochen problematisch: Jede Krankenkasse, die Zusatzbeiträge nimmt, muss eine Kündigungswelle befürchten. Sie sind zudem in der Erhebung extrem aufwändig wegen der notwendigen Einkommensprüfung, sofern der Betrag über 8 Euro pro Mitglied und Monat liegt. Die meisten Krankenkassen haben bereits verkündet, im kommenden Jahr keine Zusatzbeiträge fordern zu wollen. Und das bedeutet: Die Krankenkassen müssen mit aller Macht darauf hinwirken, dass die Ausgaben je Versicherten die oben beschriebenen standardisierten Einnahmen aus dem Fonds für diesen Versicherten nicht übersteigen.

Wenn sie das nicht schaffen, sind sie nämlich ganz schnell ein Kandidat für eine Zwangsfusion oder eine Insolvenz. Das Gesetz legt nämlich fest, dass eine Krankenkasse, deren Ausgaben ihre Einnahmen um 0,5 Prozent in einem Quartal übersteigen und deren dauerhafte Leistungsfähigkeit gefährdet ist, fusionieren muss. Tut sie das nicht freiwillig, kann die Aufsichtsbehörde im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband die Zwangsfusion anordnen.

Wenn es stimmt, was dieser Tage ein Kassenvorstand auf der Health Care Tagung des Handelsblattes berichtet hat, dass eigentlich 60 von 217 Krankenkassen schon zum 1. Januar 2009 eine Zusatzprämie erheben müssten und 16 davon mehr als 8 Euro, dann sitzen die Patienten der GKV auf einem hochexplosiven Fonds. Griechenland ist in nicht mehr allzu großer Ferne!

Diese neue Systematik zwingt die Krankenkassen jetzt zu völlig neuen Strategien. Für sie sind nämlich künftig nicht mehr vorrangig die relativ jungen, gesunden Mitglieder interessant, sondern diejenigen mit Erkrankungen, die einen möglichst hohen Deckungsbeitrag erwarten lassen. Krankenkassen haben künftig überhaupt keinen Anreiz, Versicherte mit Erkrankungen, die nicht im Morbi-RSA berücksichtigt sind, als Kunden zu gewinnen oder zu binden. Die systematische Benachteiligung dieser Versicherten ist damit vorprogrammiert. Wir reden hier über ca. 66 Prozent der Patienten in der ambulanten Versorgung! Das sind zwei Drittel!

Gleichzeitig besteht ein hoher Anreiz für Krankenkassen, die Versorgungskosten für Versicherte, die im Morbi-RSA berücksichtigt werden, zu drücken. Je weiter die tatsächlichen Kosten unter dem vom Fonds zugewiesenen Betrag liegen, desto mehr profitiert die Kasse. Das ist auch der Grund, weshalb Krankenkassen künftig für bestimmte, RSA-fähige Krankheiten selektive Verträge abschließen werden. Damit können sie gezielt steuern und die Ausgaben in der ambulanten Versorgung am besten drücken. Sie werden dabei die Balance zwischen einer guten Versorgung und niedrigen Kosten zu halten versuchen, aber meine Prognose ist, dass niedrige Kosten angesichts der fatalen Folgen eines Defizits wichtiger sein werden. Die Krankenkassen

selbst haben kürzlich sehr deutlich die kommenden Jahre als die Jahre der Buchhalter und nicht die der Versorgungsmanager ausgerufen!

Die neue Systematik birgt aber noch weitere Fallen: Die Wirkung des Fonds als Globalbudget wird dann fatal, wenn die jährliche Anpassung ausbleibt oder zu niedrig ausfällt. Dann passiert nämlich folgendes: Die Zuweisungen aus dem Fonds für bestimmte Erkrankungen müssen – wenn mehr Menschen unter diesen Erkrankungen leiden – zwangsläufig sinken. Lassen Sie mich das am Beispiel klar machen: Heute beträgt der Zuschlag für Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen 66,17 Euro im Monat. Unterstellen wir der Einfachheit halber, es gäbe eine Million betroffene Versicherte. Damit würde alleine der Zuschlag dafür 66,17 Mio. Euro kosten. Bleibt der Beitragssatz im Jahr 2010 gleich, die Zahl der Diabetiker steigt aber auf 1,2 Mio. muss der Zuschlag auf 55,14 Euro gekürzt werden. Das heißt: Entweder müssen Leistungen gekürzt, Preise reduziert, weniger Erkrankte als Diabetiker anerkannt oder ein Zusatzbeitrag erhoben bzw. dieser muss erhöht werden.

Wie sieht es mit den einzelnen Möglichkeiten aus?

Leistungskürzung bedeutet, dass das medizinisch Notwendige nicht mehr in vollem Umfang bezahlt wird. Das will die weit überwiegende Mehrheit der Bevölkerung, wie zahlreiche Umfragen belegen, definitiv nicht.

Preise reduzieren bedeutet, dass die Leistungserbringer, die heute schon unter erheblichem Druck stehen und mit den Vergütungen kaum klarkommen, noch weiter gedrückt würden. Krankenkassen werden immer mehr fusionieren. Sie werden in einigen Regionen sehr bald Marktmacht von über 50 Prozent erreichen. Und sie werden selektive Verträge abschließen, aber eben nicht mit höheren, sondern mit niedrigeren Preisen für ärztliche Leistungen. Was will denn ein Arzt dagegen tun, wenn er sich frisch mit einem Berg von Schulden niedergelassen hat? Dem Vertrag nicht beitreten und auf die Hälfte seiner Patienten verzichten? Das kann er nicht, insbesondere nicht in Ballungsräumen. Zähneknirschend wird er dem Vertrag beitreten müssen. Denn das ist Wettbewerb mit Einzelvertrag und nicht Kollektivvertrag. Der Frust wird dann immer größer. Insbesondere bei den niedergelassenen Ärzten, aber auch im Krankenhaus, sehen wir schon heute, wohin das dann führt: Sie wandern ins Ausland ab oder in Berufszweige, die nichts mehr mit der Patientenversorgung zu tun haben. Der Ärztemangel würde gigantisch werden! Das will ebenfalls keiner.

Und was ist mit der Möglichkeit, weniger Diabetiker im Sinne des Morbi-RSA anzuerkennen? In der Tat ist das ein sehr sensibler Punkt. Denn jede Krankenkasse hat ein enorm hohes Interesse daran, möglichst viele ihrer Versicherten mit einer im RSA berücksichtigten Erkrankung einer Gruppe, und da möglichst noch der Gruppe mit den höchsten Zuschlägen, zuzuordnen. Denn Diabetes ist nicht gleich Diabetes: Der ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen ist 66,17 Euro wert, der mit renalen Manifestationen 240,62 Euro. Dazwischen gibt es noch drei andere Abstufungen, je nach konkreter Diagnose. Damit wird die Codiergenauigkeit immer wichtiger. Die Zuordnung zu den Gruppen folgt nämlich dem ICD-10-Diagnoseschlüssel. Allerdings gibt es noch weitere Filter: Eine stationäre Diagnose führt immer zu einer Eingruppierung. Das ist bei ambulanten Diagnosen nur dann der Fall, wenn die Diagnose in zwei unterschiedlichen Quartalen gestellt wurde und für bestimmte Erkrankungen ist zusätzlich die Verordnung von Medikamenten über einen gewissen Zeitraum erforderlich.

Diese Eingruppierungsvorschriften erfordern eine genaue Codierung der vorliegenden Diagnose. Und sie bergen eine große Gefahr: Im Wettbewerb werden die Krankenkassen gezwungen sein, alle Möglichkeiten zu nutzen, um möglichst „wertvolle“ Patienten zu bekommen. Sie müssen also darauf hinwirken, dass die Leistungserbringer so codieren, dass möglichst viele schon bei ihnen versicherte Patienten in die für sie lukrativste Gruppierung kommen. Und sie werden

gezielt solche Patienten als potenzielle Neukunden ansprechen, die in dieses Schema passen. Also werden sie für diese attraktive Angebote machen. Bei begrenztem Geld heißt das aber zwangsläufig auch: Die anderen Versicherten und Patienten werden benachteiligt. Versorgungsgerechtigkeit sieht völlig anders aus!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die geschilderten Zusammenhänge führen dazu, dass Krankenkassen immer mehr selektive Verträge abschließen müssen. Denn sie können sich im Wettbewerb um attraktive Patientengruppen dadurch von den anderen Krankenkassen abheben und ihre Kosten besser senken als im Kollektivvertrag.

Paradoxerweise führen Gesundheitsfonds als stattliches Globalbudget und Morbi-RSA in Verbindung mit selektiven Verträgen dazu, dass die Krankenkassen in ein uns bekanntes Hamster-rad eintreten werden um die entsprechenden Morbiditätsrisiken und deren Kostendeckungsbeitrag. Die Reaktionen darauf werden immer komplexere Steuerungsinterventionen sein mit immer mehr Bürokratie. Liebe Krankenkassen-Vorstände: Willkommen in der Welt der KV-Vorstände, willkommen in einer Welt, wo immer mehr unzufriedene Mitglieder ihren Unmut an Ihnen und nicht an den Verursachern auslassen!

Das Prinzip ist uns nur allzu bekannt. Auch Sie werden jetzt mit Abschlagszahlungen leben müssen, wobei erst im Folgejahr feststeht, wie viel Geld es wirklich gegeben hat. Auch Sie werden jetzt eine eigene Art von „Punktwertverfall“ kennen lernen. Damit Sie es nicht missverstehen: Das bedauern wir sehr! Denn wir wissen, wie schwierig das ist!

Aber zurück zu den selektiven Verträgen. Die Versorgungslandschaft zerfasert damit in viele Einzelverträge mit drei- bis fünfjähriger Dauer, vertragslosen Zuständen und weißen Flecken in der Versorgungslandschaft.

Umso wichtiger ist der Kollektivvertrag. Denn er stellt die notwendige Klammer dar, die die Versorgungsgerechtigkeit auch für diejenigen sichert, die im Wettbewerb uninteressant sind. Er garantiert, dass auch diejenigen Versicherten, für die es kein gesondertes Angebot gibt, qualitativ hochwertig und flächendeckend versorgt werden. Er garantiert im Übrigen auch, dass Versicherte, die sich in einen selektiven Vertrag ihrer Krankenkasse eingeschrieben haben und feststellen, dass dieser ihre Bedürfnisse nicht erfüllt, wieder zurückkehren können in die gewohnt gute kollektivvertragliche Versorgung.

Das, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist von unschätzbarem Wert! Und zwar nicht nur für die Patienten, sondern auch für Sie! Auch Sie können weiterhin im Kollektivvertrag Patienten behandeln, wenn eine Kasse Ihnen keinen Vertrag anbietet oder einen Vertrag nicht verlängert oder die Preise im Vertrag plötzlich drückt.

Heute kann jeder gesetzlich Versicherte im Kollektivvertrag unter Vorlage seiner Krankenversicherungskarte jeden Vertragsarzt und jeden Vertragspsychotherapeuten in Deutschland in Anspruch nehmen. Es ist völlig unerheblich, in welcher Krankenkasse er versichert ist oder in welchem Bundesland er wohnt. Das ermöglicht der Kollektivvertrag, den die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich abzuschließen. Einen vertragslosen Zustand gibt es hier nicht. Abschlagszahlungen für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sind garantiert, auch als Sicherheit für den Kredit, den sie für ihre Existenzgründung benötigen haben. Die Regeln sind für alle weitgehend gleich. Im Hintergrund, von Patienten und Vertragsärzten weitgehend unbemerkt, sorgen die Kassenärztlichen Vereinigungen dafür, dass Ärzte gegenüber ihrer KV auch Leistungen für Patienten abrechnen können, die einem anderen KV-Bezirk angehören.

Weitgehend gleiche Regeln sorgen auch dafür, dass klar ist, was zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf und was privat zu zahlen ist. Sie sorgen für eine gleichmäßige Versorgung, in der grundsätzlich keiner bevorzugt oder benachteiligt ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind auch dafür zuständig, die Qualität der erbrachten Leistungen zu prüfen. Auch hierfür gibt es gleiche Voraussetzungen. Gleichzeitig organisieren die Kassenärztlichen Vereinigungen den ärztlichen Bereitschaftsdienst und garantieren somit, dass auch außerhalb der Sprechstundenzeiten immer ein Vertragsarzt zur Verfügung steht.

Kassenärztliche Vereinigungen und der Kollektivvertrag sorgen dafür, dass kein Vertragsarzt und kein Vertragspsychotherapeut von einer oder einigen wenigen großen Krankenkassen abhängig wird. Sie haben eine gewisse Sicherheit. Sie bekommen monatlich ihre Abschlagszahlungen und können ihr Praxispersonal bezahlen. Sie müssen nur mit einer Stelle abrechnen und haben einen zentralen Ansprechpartner. Sie sind nicht dadurch erpressbar, dass eine Kasse droht, keinen Vertrag mehr mit ihnen abzuschließen. Das ist ein ganz entscheidender Punkt: Nur dann bleiben Vertragsärzte in ihren medizinischen Entscheidungen frei! Das ist für das Patienten-Arzt-Verhältnis enorm wichtig! Diese Freiberuflichkeit gilt es zu schützen, denn sie ist der Eckpfeiler einer patientenorientierten guten Versorgung!

Außerdem ist es die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, dafür zu sorgen, dass es überall Vertragsärzte gibt. Zugegeben: Das ist schwierig geworden. Denn die schlechten Arbeitsbedingungen bieten vor allem in strukturschwachen Gebieten wenig Anreize für Vertragsärzte, sich niederzulassen. Extrem lange Arbeitszeiten, viele multimorbide Patienten, die viele Leistungen brauchen und eine durch die jahrzehntelange Budgetierung unzureichende Vergütung sind eben nicht besonders attraktiv. Hinzu kommt, dass viele Vertragsärzte das Gefühl haben, sie müssten mehr Papierkram erledigen als ihren Patienten zu helfen. Mit Maßnahmen wie Umsatzgarantien, Zuschlägen, Bereitstellung von Praxisräumen etc. haben die Kassenärztlichen Vereinigungen gegengesteuert. Es ist ihnen gelungen, völlig weiße Flecke zu verhindern! Und das ist angesichts der Rahmenbedingungen wirklich eine gute Leistung. Ich wüsste keine andere Organisation, die das schaffen könnte!

Wir sichern für die Bevölkerung über den Kollektivvertrag die flächendeckende Versorgung. Wir stehen dafür, dass jeder gesetzlich Versicherte Zugang zu ärztlichen Leistungen hat. Wir stehen für die Qualität dieser Leistungen. Und wir machen dabei einen verdammt guten Job!

Im Wettbewerb mit selektiven Verträgen ist das ganz anders. Da kann nur noch derjenige Arzt aufgesucht werden, mit dem die Kasse einen Vertrag hat. Wir werden eine große Errungenschaft verlieren, die wir in jahrelangem Ringen erreicht haben: Das Praxisschild mit der Aufschrift „Alle Kassen“. Wenn die Versorgung weiter zerfasert, werden Praxisschilder bald ganz anders aussehen. Dann steht darauf: „Teilnahme am Vertrag X der AOK, der BARMER und der BKK. Behandlung von Patienten, die nicht an diesen Verträgen teilnehmen, nur im Notfall und gegen Kostenerstattung!“

In diesen Verträgen wird der Zugang zu weiterführenden Leistungen streng reguliert. Da werden Gruppen benachteiligt, die wenig attraktiv sind. Da werden strukturschwache Regionen vernachlässigt, weil dort zu wenig Potenzial gesehen wird. Da wird die Qualität der Leistung häufig genug dem Kostenmanagement untergeordnet. In einem solchen System zählt Solidarität nicht mehr!

Liebe Kolleginnen und Kollegen dieser Vertreterversammlung und der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen,

KV-Vorstände, Vorsitzende und Mitglieder der Vertreterversammlungen, Mitglieder der Beratenden Fachausschüsse und sonstiger Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung sind dafür ge-

wählt worden, dieses System einer flächendeckenden, kassenübergreifenden ambulanten Versorgung zu erhalten und weiterzuentwickeln. Und zwar zum Wohl der Patienten und unserer Mitglieder. Die Verantwortung ist groß und sie wird von Ihnen allen hervorragend gemeistert. Jetzt müssen wir unsere Nase in den Wind halten und unsere Mitglieder, aber auch die Patienten, über die Gefahren des Wettbewerbs informieren. Man kommt dabei angesichts der Verlockungen, die viele Mitkonkurrenten im Wettbewerb in den Vordergrund stellen, leicht in Gefahr als Altvorderer oder Bedenkenträger kritisiert zu werden, aber das halten wir aus. Das ist allemal besser, als sich in wenigen Jahren in einer Situation zu befinden wie die, in der jetzt Bankiers sind, wenn sie Anlegern mitteilen müssen, dass Ihre Altersversorgung dahin ist.

Aber Wettbewerb kann dennoch auch in der Gesundheitsversorgung positiv wirken. Er kann dazu beitragen, Verbesserungspotenzial zu identifizieren. Er setzt Anreize, neue Versorgungskonzepte zu erproben. Er ermöglicht Differenzierungen im Versorgungsgeschehen, die – solange sie eingebettet sind in die Sicherheit des Kollektivvertrags – für bestimmte Patientengruppen Verbesserungen bringen können. Diese positiven Möglichkeiten wollen wir nutzen und zwar im Interesse der Patienten und Versicherten. Das heißt: Wir stellen uns diesem – aber nur diesem – Wettbewerb um eine bessere Versorgungsqualität im Kollektivvertrag, in Vereinbarungen nach § 136 Abs. 4 SGB V, aber eben auch in KV-assoziierten § 73b und § 73c SGB V-Verträgen. Wir nehmen aktiv an diesem Wettbewerb teil. Wir bringen unsere langjährige Erfahrung in der Vertragsgestaltung und der Entwicklung von neuen Versorgungskonzepten zum Wohle der Patienten und der Ärzte ein. Sinnvolle neue Ansätze müssen getestet werden. Wenn sie sich bewähren, müssen sie dann auch allen zur Verfügung stehen!

Deswegen nehmen Kassenärztliche Vereinigungen auf regionaler Ebene auch an selektiven Verträgen mit den Krankenkassen teil. Deswegen arbeiten wir auf Bundesebene zusammen, um bundesweite Verträge abzuschließen. Solange das auf der Basis des Kollektivvertrags geschieht, wirkt es positiv. Denn wir gefährden Bewährtes nicht und befördern das Neue. So etwas nennt man eine Win-win-Situation für alle Beteiligten: Patienten können von besseren Versorgungskonzepten profitieren, Krankenkassen können ihr Angebot auf die Bedürfnisse ihres besonderen Klientels ausrichten, Vertragsärzte erhalten die Chance, ihre Patienten noch besser zu versorgen und dafür eine angemessene Vergütung zu erhalten und die Kassenärztlichen Vereinigungen werden nicht geschwächt, sondern gestärkt. Denn der Kollektivvertrag wird dadurch weiterentwickelt und verbessert. Gute Versorgungskonzepte müssen nämlich dann auch für alle offen sein!

Das ist eine sinnvolle Art des Wettbewerbs. Ein sinnloser, potenziell zerstörerisch wirkender Scheinwettbewerb ist dagegen der Zwang für Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung mit Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Der Gesetzgeber zwingt Kassen und Ärzte dazu, Parallelstrukturen aufzubauen, die – außer für den Hausärzteverband – keinerlei langfristige Vorteile bieten. Patienten werden davon genauso wenig wie Ärzte und Krankenkassen profitieren. Die Informations-, Transaktions- und Vorhaltekosten werden steigen. Ein geregelter Praxisablauf ist dann immer weniger möglich. Die Attraktivität des Arztberufes steigt so mit Sicherheit nicht. Und es besteht die Gefahr einer schädlichen Segmentierung der Versorgung mit weiteren Schnittstellenproblemen. Ein eigenständiges Monopol eines Ärzteverbandes widerspricht aller Logik: Die potenziellen Vorteile des Wettbewerbs können damit mit Sicherheit nicht genutzt werden und die faktischen Vorteile des Kollektivvertrags laufen Gefahr, darüber verloren zu gehen! Damit werden wir uns niemals abfinden!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die KVen leisten eine für die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung unverzichtbare Aufgabe! Und sie machen sie gut. Aber wir haben ein Problem. Denn die Bevölkerung weiß derzeit nicht, was wir alles leisten. Uns geht es wie den Sparkassen: Jahrelang hatten diese das Image von rückständigen Banken. In Zeiten der Globalisierung wurde alles hinter den hohen Renditen zurückgestellt. Werte wie Vertrauenswürdigkeit und Seriosität und das Eintreten einer Bank für die andere waren nicht mehr so wichtig. Bis sich die fatalen Folgen des globalen Wettbewerbs und des verantwortungslosen Handelns einiger Manager ganz direkt bei den eigenen Ersparnissen zeigte. Wer in Gefahr steht, einen Teil seines Geldes zu verlieren oder es vielleicht bereits verloren hat, schätzt plötzlich diese Werte wieder. Und geht zur Sparkasse.

Das wird auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung passieren: Patienten die feststellen, dass sie nicht mehr jeden Arzt aufsuchen können, wollen die freie Arztwahl zurückhaben. Versicherte werden merken, dass der Wettbewerb dazu führt, dass Krankenkassen Risikoselektion betreiben müssen. Sie werden merken, dass sie nicht mehr darauf vertrauen können, überall eine qualitativ hochwertige Versorgung vorzufinden. Sie werden merken, dass sie sich in dem entstehenden Markt nicht mehr auskennen. Dass sie überfordert sind damit, vor jeder Wahl eines neuen Tarifs ihrer Krankenkasse abzu prüfen, was genau sich dahinter verbirgt und wo ggf. Risiken für sie liegen. Sie werden feststellen, dass alles unsicherer geworden ist.

Einige können davon profitieren. Das ist unstrittig. Aber wer? Das sind doch diejenigen, die die Regeln des Marktes geschickt für sich zu nutzen wissen. Das sind die Kapitalgeber, Managementgesellschaften und Konzerne. Die Verlierer werden diejenigen sein, die damit überfordert sind oder die sich weigern, ihren Vorteil auf Kosten anderer zu suchen. Das gilt für Patienten und Ärzte gleichermaßen!

Genau das ist gesellschaftlich nicht gewollt. Deswegen müssen wir mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln dagegen angehen! Wir müssen die Politiker an ihre Verantwortung erinnern, die sie für die solidarische Absicherung des Krankheitsrisikos haben. Wir müssen ihnen zeigen, welche Folgen es hat, wenn Kassenärztliche Vereinigungen ihre Aufgaben nicht mehr oder nicht mehr ausreichend erfüllen können. Wir müssen sie daran erinnern, dass zu weit gehende Deregulierung fatale Folgen haben kann. Die Finanzkrise sollte den Politikern hier warnendes Beispiel sein. Jetzt, wo der Crash da ist, herrscht plötzlich Einigkeit darüber, dass es einer strengeren Regulierung bedarf, um die Bürger zu schützen. Und wenn Politik und Gesetzgeber das nicht sehen wollen, ist es die Aufgabe der Körperschaften und aller Mandatsträger, gegen diese „Gesundheitswettbewerbsblase“ zu stehen. Wenn wir es nicht tun, wer denn dann?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Kassenärztlichen Vereinigungen dienen einer guten, gerechten und sicheren ärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Dafür müssen die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten möglichst gute Arbeitsbedingungen haben. Sie müssen unabhängig von einzelnen Krankenkassen oder Kapitalunternehmen in der Lage sein, medizinische Entscheidungen zu treffen. Deswegen sind der Schutz und der Erhalt der Freiberuflichkeit so enorm wichtig! Dazu gehören selbstverständlich auch eine angemessene Vergütung und eine auf das notwendige Mindestmaß reduzierte Bürokratie. Die letzten Jahre und Jahrzehnte waren für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in dieser Hinsicht sicher nicht zufrieden stellend. Aber wir haben für bessere Bedingungen gekämpft und sehr viel erreicht.

Vor allem: Wir haben es gemeinsam erreicht. Im Jahr 2008 haben wir die Honorarreform vorangetrieben und über drei Mrd. Euro mehr für die ambulante Versorgung erstritten. Die KVen – Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen – haben Solidarität geübt, als es darum ging, KVen zu stützen, die aufgrund ihrer zurückliegenden Honorarpolitik ungerechtfertigt besonders benachteiligt gewesen wären.

Die Zukunft wird unter den Prämissen Gesundheitsfonds, Morbi-RSA und Selektivverträge sicher nicht einfacher werden. Vertragsärzte werden den Schutz und die Sicherheit, die die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV bieten, wieder mehr zu schätzen wissen. Und sie werden noch mehr darauf angewiesen sein! Wir sind der Hüter der Versorgungssicherheit und der Versorgungsgerechtigkeit in einer Welt, in der ein unregelmäßiger Wettbewerb dringend einen solchen bedarf!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Antrag Nr. 1 des Vorstandes zu TOP 2 schlägt Ihnen eine Resolution vor, die unsere – und hoffentlich auch Ihre – Position wiedergibt. Wir bekennen uns als Mandatsträger der ärztlichen Selbstverwaltung klar zum Kollektivvertrag. Wir setzen ein Zeichen gegen die Zerfledderung und Zerstörung einer immer noch ausgesprochen guten Versorgungsstruktur. Ich bitte Sie, unterstützen Sie diese Resolution, damit wir mit einer Stimme nach außen klare Signale setzen.

Griechische Verhältnisse haben in der ambulanten Versorgung in Deutschland nichts zu suchen. Lassen Sie uns gemeinsam dafür eintreten!

Dann können wir alle beruhigt Weihnachten feiern und gestärkt in ein neues Jahr mit den verbleibenden alten und vielen neuen Aufgabenstellungen gehen.

Das wünsche ich uns allen.

Vielen Dank.